

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

94

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Simon - Daniel KIPMAN

Né le 30 mars 1936, Paris (4e)

Présentée et soutenue publiquement le 11 février 1963.

L'UTILISATION DES LOISIRS
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président :

Monsieur J. DELAY

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Simon - Daniel KIPMAN

Né le 30 mars 1936, Paris (4e)

Présentée et soutenue publiquement le 11 février 1963.

L'UTILISATION DES LOISIRS
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE



Président :

Monsieur J. DELAY

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

a) Professeurs honoraires

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)	
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)	
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)	
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)	
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DAVID (M.)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque	GARCIN (R.)
	Foch (Suresnes)	LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE (J.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)	
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)	
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)	
Clinique traumatologique	GAULTIER (M.)	
Sémiologie médicale	PADOVANI (P.)	
Sémiologie et clinique chirurgicales	DOWART (A.)	
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)	
	TURPIN (R.)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURGH (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIED EL. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (S.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (B.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALSAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (S.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZIAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

MM.

Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CARBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARSAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (S.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSHIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEY (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) SOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (M.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) MOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESGBRE (R.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICORACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GRÉMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. ag GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONQUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMÉLINE (A.) pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	SARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (O.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibl'othécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Grands-Parents,

A mon Père,

A ma Mère,

qui m'ont donné le gout des
Sciences Humaines.

A JULIETTE

Pour sa collaboration affective
et technique.

A notre Fils.

A Monsieur le Professeur J. DELAY

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur **PARIENTE**

Médecin des Hôpitaux **Psychiatriques** de la Seine

qui a inspiré cette étude et coordonné
nos efforts d'organisation des loisirs
dans son service.

Son sens de l'humain et du travail
collectif au service des malades, nous
a profondément marqué.

A Monsieur le Docteur C. VEIL

Secrétaire général de la Ligue d'Hygiène Mentale

A Madame AMADO-LEVY-VALENSI

Agrégée de Philosophie

Docteur es-lettres

qui nous ont toujours manifesté
amitié et encouragement.

A Madame le Docteur AMADO-HAGUENAUER

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
de la Seine.

A Monsieur le Docteur BROCHERIOU

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

A Monsieur le Docteur CARON

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Madame le Docteur DESCHAMPS

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur RENARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Médecins-chefs de l'Etablissement PSYCHOTHERAPIQUE
de FLEURY-LES-AUBRAIS

dont l'exemple quotidien nous inspire
le respect.

A Monsieur RAYNAUD

Directeur de l'Etablissement Psychothérapique
de Fleury-les-Aubrais.

En remerciements de sa bienveillance
à notre égard.

A MES AMIS.

A Monsieur le Docteur MADRE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Madame le Docteur MADRE-CORBERY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Mademoiselle le Docteur GERANDAL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur DUSSARTRE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A mes CAMARADES D'INTERNAT.

Au Personnel Médical et Administratif de
L'Etablissement Psychothérapique du Loiret.

A Monsieur et Madame RANCOEUR
Surveillant Général

A Monsieur LE CORRE
Monsieur CLAUSE
Madame TROUVE
Mademoiselle RESNEAU
Mademoiselle ALAGIRAUDE
Monsieur LOPEZ

Infirmiers des Hôpitaux Psychiatriques,

qui ont su créer, dans leur pavillon, un esprit
d'équipe gage de leur efficacité.

Le loisir est un ensemble d'occupations auxquelles l'individu peut s'adonner de son plein gré, soit pour se reposer, soit pour se divertir, soit pour développer son information ou sa formation désintéressée, sa participation sociale après s'être libéré de ses obligations professionnelles, familiales et sociales.

J. DUMAZEDIER

INTRODUCTION

L'utilisation des loisirs dans le cadre de l'Hôpital Psychiatrique, de même que dans le cadre de l'Hygiène Mentale appliquée aux divers aspects de la Santé Mentale en général, peut paraître la question la moins urgente, la moins importante à étudier actuellement, sachant le lourd retard qu'ont pris par rapport à d'autres branches médicales ou paramédicales les problèmes de santé mentale.

L'expérience montre, en fait, que l'utilisation des loisirs, loin d'être un luxe, se trouve être non seulement un des aspects les plus importants du traitement et de la prophylaxie des maladies mentales mais aussi une nécessité de toute organisation de la vie, qu'il s'agisse du malade mental ou de l'homme en général.

C'est ce que nous allons essayer de mettre en évidence tout au long de ce travail, en partant de l'expérience d'un hôpital psychiatrique départemental pris au hasard et dont la structure est banale.

Depuis toujours les responsables de collectivités, et en particulier les médecins des hôpitaux psychiatriques, se sont penchés sur le problème des loisirs et ont cherché à occuper leurs malades ; ces techniques ne s'appelaient pas encore "Sociothérapie" ou "Ludothérapie", mais consistaient alors par exemple à convier les "fous" aux fêtes rituelles, aux danses sacrées, ce qui en somme représentait le stade le plus élémentaire, l'ébauche d'une ludothérapie.

Par la suite les diverses expériences utilisées dans l'organisation des loisirs, ont été assimilées à des expériences sociothérapiques. Elles étaient réservées à certaines catégories de malades ayant un niveau de culture assez élevé et susceptibles de s'intéresser soit au théâtre, soit à la musique, etc...

Peu à peu, et surtout depuis la dernière guerre mondiale, l'ergothérapie a permis de franchir le pas qui mène droit à la sociothérapie et, par la suite à l'organisation des loisirs.

L'ergothérapie a été créée, inventée pour "utiliser" les malades. Depuis toujours, les hôpitaux psychiatriques, en France

au moins, ont possédé des fermes absorbant le potentiel énergétique gratuit qu'était le malade. La guerre et son manque de main-d'oeuvre a permis d'étendre cette expérience, et l'Angleterre a montré la voie de l'utilisation thérapeutique du travail des malades, sur une grande échelle.

Très vite on s'est aperçu qu'on ne pouvait pas faire travailler des pensionnaires d'un hôpital psychiatrique d'une manière aussi active et aussi prolongée que des sujets de l'extérieur, d'abord parce qu'ils se considéraient comme malades (et par conséquent, dispensés de travail), ensuite par ce que leur résistance physique se trouvait diminuée par rapport aux sujets normaux ; enfin parce que leur séjour de plus en plus court, et les possibilités même des hôpitaux psychiatriques (gamme d'ateliers et d'équipements réduites) ne permettaient pas de les occuper à de vrais métiers, dans de vrais ateliers.

Ainsi on en est venu à organiser des "programmes de travail", mais ces programmes ne couvraient que deux à six heures au maximum par jour. Et c'est alors qu'on a fait la découverte qui est à l'origine de toutes les tentatives d'organisation du Temps des malades mentaux : on s'est aperçu que le malade mental était un malade debout. Ces expériences ont pu être réalisées d'abord dans le cadre des hôpitaux psychiatriques (le relai étant rapidement pris par les Sana), le malade debout devant avoir tout le jour une activité non pas semblable, mais superposable à celle d'un individu normal à l'extérieur.

Donc nous sommes en face d'un individu qui subit des traitements somatiques 1/2 heure à 1 heure par jour dans la plupart des cas, qui voit son médecin 1 heure, 3 à 4 fois par semaine au maximum (du moins pour les malades récemment admis). Les autres heures de la journée sont occupées soit à s'alimenter (et ce n'est pas tellement long), soit à travailler (6 heures au maximum avons-nous dit). Il lui reste les soirées. Elles sont longues dans ces collectivités artificielles comme l'hôpital psychiatrique, surtout pour des malades conscients, qui se trouvent confrontés à d'autres, de niveau différent du leur, du moins c'est ce qu'ils pensent. En effet dans les pavillons est supprimée cette ambiance amicale qui peut exister dans certaines salles de malades somatiques ou ne règne pas ce mépris mutuel pour l'autre, le "fou".

Il a alors fallu se poser ce problème : comment occuper le malade : en le distrayant.

Depuis longtemps, dans les pavillons, les infirmiers avaient institué des activités variées (jeux divers, soirées, saynètes), faisant parfois de véritables psychodrames qui en avaient les qualités sans avoir le nom, et sans être utilisés sur un plan thérapeutique d'une manière rationnelle.

Malheureusement les médecins n'ont pas toujours saisi l'intérêt de ces initiatives heureuses. Ce n'est qu'ultérieurement qu'ils ont pris conscience de l'utilisation possible de cette ludothérapie. Il semble en effet que les infirmiers, constamment au contact des malades, et d'autant plus proches d'eux qu'ils appartiennent aux mêmes couches sociales, ont pris conscience avant les médecins de l'intérêt des pratiques sociothérapiques. Ils ont été aussi, pour les mêmes raisons, plus entraînés que les médecins à les improviser dans un style ouvert aux malades.

Selon le point de vue duquel on se place,

- ou bien on met l'accent sur l'utilisation thérapeutique de ces loisirs organisés : le type en est le psychodrame et ses dérivés,

- ou bien on met l'accent sur l'utilité pour et dans le cadre de l'hôpital et c'est le cas des journaux d'hôpitaux psychiatriques pour lesquels le but est de paraître chaque mois ou chaque semaine, comme à Fleury,

- ou bien on met l'accent sur le côté éducatif de ces réalisations, et ce sont les conférences que l'on peut donner dans le cadre des clubs thérapeutiques,

- ou bien encore, dans une attitude à la fois plus naïve et plus nuancée, on essaie de faire le maximum de chose afin d'offrir une gamme d'activités la plus large possible à un public le plus large possible.

Bien entendu on imagine facilement l'extension que peuvent avoir ces méthodes hors de l'hôpital psychiatrique, en conservant ou non les différents points de vue dont nous venons de parler :

- le point de vue thérapeutique et l'extension de ces méthodes dans un vaste programme de prévention des maladies mentales, ou bien d'amélioration des conditions de vie dans les hôpitaux généraux par exemple.

- le point de vue utilitaire, par ses nombreuses incidences socio-économiques : les horaires de travail diminuant et conduisant par la même à des loisirs de plus en plus longs nécessitent une organisation des loisirs.

Bref l'extension de ces méthodes, à partir de l'hôpital psychiatrique, se fait tout naturellement selon une sorte de progression concentrique. D'abord sont atteintes les diverses collectivités superposables à l'hôpital psychiatrique : hôpitaux généraux, sanas, préventoriuns, puis, par le biais des colonies moins liées au travail médical habituel, c'est le tour des colonies de vacances,

écoles, hospices, casernes, prisons, usines.

A l'extrême, se retrouve le problème maintenant classique, mais non encore parfaitement réglé : celui des structures modernes d'habitation : des "grands ensembles". Si on cherche encore à dépasser ce problème, c'est celui de l'organisation des loisirs pour tout le monde : de l'ouvrier d'usine à la femme d'intérieur. C'est dire l'énorme importance que peut avoir une équipe rompue à créer des besoins culturels nouveaux, à organiser des programmes de distractions variées, rompue aussi à exercer son activité quelles que soient les conditions extérieures de cette activité.

Le plan que nous allons suivre est extrêmement simple

- dans un premier chapitre, nous retracerons rapidement la naissance de l'organisation des loisirs.

- dans un second chapitre, nous allons décrire le plus objectivement possible, une expérience sociothérapique dans le cadre d'un service psychiatrique habituel. -

- dans un troisième chapitre, nous allons tenter par le biais d'un questionnaire, de faire le point sur l'attitude des diverses couches de population qui ont eu à entrer en rapport avec ces clubs distractifs, sur cette organisation des loisirs.

oOo

HISTORIQUE

En ce qui concerne les progrès sociaux, leur évolution est plus lente dans les hôpitaux psychiatriques que partout ailleurs. Nous pouvons dire que les effets de ces progrès s'y font sentir avec des années de retard.

Ainsi l'organisation de la culture populaire y commence seulement.

Cependant, par un juste retour des choses, il faut admettre que ces expériences d'organisation des loisirs à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, ont une valeur symbolique plus grande qu'à l'extérieur ; elles concernent en effet des sociétés artificielles sur lesquelles une action globale est plus facile à réaliser que dans une usine ou un grand ensemble. Ainsi peut-être les hôpitaux psychiatriques, tels la tortue de la fable partis bien après les autres, vont pouvoir dans un avenir plus ou moins rapproché servir d'exemple, dans la vie courante, à tous les animateurs d'éducation populaire. Il convient de rappeler que le terme nouveau "organisation des loisirs", recouvre des faits existant depuis longtemps.

Les racines de l'organisation des loisirs plongent donc très profondément dans l'histoire des peuples, et, partant, dans l'histoire de la psychiatrie.

De très nombreux psychiatres classiques ont "fait" de l'organisation des loisirs, sans avoir une conscience très claire de l'importance de leur oeuvre, certains même un peu honteusement comme si ces distractions étaient banales, dues au simple bon sens. Si donc cette organisation des loisirs faite d'une manière rationnelle à l'hôpital psychiatrique est d'apparition récente, il faut en chercher les origines bien plus loin dans le passé.

C'est ainsi que l'on peut diviser l'histoire de ces méthodes en trois chapitres :

- I. - La "préhistoire",
- II. - L'âge de l'ergothérapie,
- III. - L'apparition de l'organisation des loisirs, proprement dite.

D'emblée, il faut insister sur la notion que toute tentative d'utilisation des loisirs des malades, implique un respect, une considération vis-à-vis d'eux. Nous allons donc à toutes les époques de l'histoire de la psychiatrie, retrouver ce souci du respect du malade depuis "fou sacré" jusqu'au no restraint, ou Pinel.

Nous n'entreprendrons cependant pas une étude historique systématique, mais nous essaierons plutôt de dégager les grands courants qui ont mené aux conceptions actuelles d'organisation des loisirs.

Au besoin, nous retracerons, dans des chapitres ultérieurs, l'évolution de quelques activités précises.

- I -

LA "PREHISTOIRE"

=====

La préhistoire de l'organisation des loisirs s'étend de l'apparition de la notion de folie jusqu'à la naissance de l'ergothérapie. Il n'est pas question de dater ces limites : il s'agit plus d'un mouvement d'idées qui ont progressivement investi la psychiatrie internationale que d'une révolution historique. Tout au long de cette période, des auteurs vont préconiser pour les malades mentaux des distractions et des activités.

Ainsi, il faut mentionner la considération dont jouissait le "fou", dans la civilisation arabe ; il était un "aimé de Dieu". Il participait à toutes les fêtes collectives et pour lui être agréable, on le conviait à des discussions, à des récréations variées.

De même, chez les Grecs, pour lesquels la médecine comportait une partie véritablement éducative, formant l'individu aux nécessités sociales, et améliorant à la fois son état physique et son état mental, les activités culturelles ne pouvaient que prendre une part importante dans le traitement des maladies mentales.

Pour Asclepiade, par exemple, il faut éloigner du malade toute cause d'épouvante et le distraire par des contes, des jeux ; on le fera travailler, en prenant soin de vanter la qualité de ses ouvrages. Au besoin, pour éloigner du malade toute pensée pathologique on utilisera une musique bruyante (un peu comme on chasse les criquets). A Rome, Celse reprend ces doctrines.

Parmi les précurseurs de la thérapeutique occupationnelle, et du "traitement moral", il faut citer Coelius Aurelianus (dont on a dit qu'il avait repris les théories médicales de Soranus d'Ephèse). Pour lui, à côté des traitements médicamenteux, une place importante doit être faite aux activités distractives d'une part (aller au théâtre, écouter de la musique, se promener), et aux activités intellectuelles d'autre part (écrire des discours, les lire, faire de la philosophie).

Dès cette époque, les tenants des thérapeutiques occupationnelles misent avec hardiesse sur la raison du malade mental, sur sa faculté de compréhension et d'enrichissement intellectuel.

Le début de l'ère chrétienne n'apportera guère que la création du centre d'hospitalisation, ce qui peut être considéré, non seulement comme un progrès certain dans la technique du traitement, mais aussi comme un certain recul puisque c'est l'origine des vastes maisons de fous, où l'on place les personnes gênantes pour la société.

Tout le Moyen-Age n'apporte pas grand'chose à la compréhension des malades mentaux, dans la mesure où on les considère comme des "possédés", c'est-à-dire des êtres différents des hommes normaux. Peu à peu l'influence de l'esprit chrétien et de ses principes de charité d'une part, et d'autre part la nécessité sociale d'écarter de la vie quotidienne les malades mentaux, vont faire se créer deux structures d'hospitalisation bien différentes, dont les résidus sont encore visibles de nos jours :

- les hôpitaux, les asiles pour pauvres où l'on entasse les malheureux malades, dans des conditions de vie atroces, plus pour des raisons d'ordre public que pour un véritable traitement.

- les cliniques, pensionnats pour malades mentaux riches. C'est là que vont se retrouver les amorces de ludothérapie et d'ergothérapie. Seuls les "riches" ont les moyens matériels et le temps de se distraire. Certains s'achètent des distractions : tel ce prince russe qui, dans la clinique où il était hébergé, s'offre une imprimerie complète.

Quelques médecins proposent à tous leurs "pensionnaires" des distractions allant du jeu de cartes et de la promenade dans les jardins, à des concerts, des soirées qu'ils président eux-mêmes. Il n'est pas question de refuser à ces nobles personnages la satisfaction de leur fantaisie ; et l'on peut voir le marquis de Sade organiser des séances théâtrales au cours desquelles il reçoit lui-même les invités, et ce malgré les plaintes, les récriminations de son médecin Royer Collart.

Cependant s'ébauche avec l'apparition de l'ergothérapie, la seconde période de l'évolution des traitements non médicamenteux des maladies mentales.

En effet, les bons résultats obtenus par l'occupation des malades mentaux riches, et le fait que les pauvres sont détachés de leurs chaînes, conduisent tout naturellement à penser à utiliser les malades pour des travaux divers qu'on n'aurait osé leur confier jusqu'alors.

- II -

L'ERGOTHERAPIE

=====

Depuis toujours, bien sûr, on pensait qu'occuper les malades était un bienfait pour leur équilibre. Il a fallu que des impératifs économiques viennent contaminer cette belle notion humanitaire pour qu'elle entre enfin dans la voie des réalisations pratiques. Ce n'est donc pas par hasard que la notion de travail thérapeutique a été la première utilisée.

Au début du dix-neuvième siècle, n'existait que la notion de loisir limité au repos et au délassement. Il y avait une sorte de pudeur à vouloir envisager autre chose que le repos après le travail.

Les asiles de la fin du dix-huitième siècle et du dix-neuvième siècle sont de véritables communautés construites à l'écart, qui acquièrent vite une autonomie réelle tout au moins sur le plan alimentaire : à la ferme on peut utiliser cette main d'oeuvre à bon marché que sont les malades.

L'exemple le plus frappant de l'utilisation du travail des malades est donné par la colonie de Gheel en Belgique, où leur exploitation est poussée à son maximum ; on les voit, à côté de réalisations plus positives, confiés à des familles où on les fait travailler plus qu'il ne faudrait, parfois enchaînés pour qu'ils ne s'échappent pas.

Au cours du dix-neuvième siècle, sont édités des articles écrits par des médecins, des directeurs d'hôpitaux, sur le caractère rentable des malades : l'asile devient source de revenus pour le département.

Presque en même temps, d'autres médecins, au contrai-

re, insistent sur l'intérêt thérapeutique de ce travail. L'application d'un travail thérapeutique, conséquence plus ou moins directe des conquêtes humaines et sociales de la Révolution Française, a été définie par Pinel : "très peu d'aliénés, même dans un état de fureur, doivent être éloignés de toute occupation active".

Pourtant c'est pratiquement plus rapidement à l'étranger qu'en France que sont faits les progrès : en Hollande, en Belgique, en Angleterre, les activités sont extrêmement variées : même des activités réputées dangereuses parce qu'elles mettent entre les mains d'aliénés des outils (scies, haches, etc...) facilement "offensifs" sont utilisés. Peu à peu le travail devient donc plus différencié, les femmes y participent, mais toujours dans le cadre de l'hôpital (essentiellement ferme et services généraux).

Les médecins décrivent leurs hôpitaux (Auzouy 1909) : "on dirait une vaste ruche d'où s'échappent les divers habitants pour rayonner autour et pour y entrer sans contrainte à de certaines heures". Il ajoute : "il règne parmi nos pensionnaires une gaieté et un entrain qui ne régnaient pas quand ils étaient confinés dans un quartier de ville". On n'hésite plus à affirmer que le travail est le premier élément du traitement moral.

C'est ainsi que va s'organiser l' "ergothérapie", l'ergothérapie et que le travail, progressivement, dans le début de ce siècle, va prendre une place de plus en plus importante dans la vie du malade mental interné. On va créer des ateliers, sans but lucratif, rappelant les ateliers extérieurs (fer, bois, rotin, etc...). Dans une certaine mesure, les "temps morts", de la journée vont diminuer.

La doctrine de l'ergothérapie, les niveaux de travaux se définissent : les malades vont être employés dans une perspective totalement thérapeutique.

Quand survient la deuxième guerre mondiale, l'ergothérapie a pris une telle extension que l'on pense, en Angleterre à utiliser les malades mentaux à la place des ouvriers mobilisés. Le travail va donc devenir non seulement une réadaptation, mais encore une résocialisation, porte ouverte vers la sortie. Les médecins se mettent à travailler en accord avec des conseillers du travail, des bureaux d'embauche et de formation professionnelle.

Au début, certains spécialistes n'avaient pourtant pas hésité à déclarer que le travail est une distraction (surtout en plein air !); d'autres ne voulaient même pas que l'on parlât de travail mais de distraction et d'occupation.

En fait, petit à petit, on s'aperçoit que :

- d'une part, les horaires de travail augmentant, il faut accorder au malade des distractions et des loisirs compensateurs.

- d'autre part que le travail n'est qu'une partie du traitement résocialisant, qu'il ne représente qu'une des formes d'activité de base, l'autre étant la conquête des loisirs.

III.

L'ORGANISATION DES LOISIRS

=====

Si les objectifs de la grève des ouvriers américains commémorée chaque année le 1er mai : les 3/8 (huit heures de travail, huit heures de repos, huit heures de loisirs) ne peuvent pas encore être atteints pleinement par la classe ouvrière, ils le sont encore bien moins par les malades mentaux hospitalisés.

La seule partie couramment admise de ce programme, est représentée par les 8 heures de travail. Si certains psychiatres envisagent déjà d'organiser le temps de leurs malades d'une manière presque minutée, comme Ueberschlag à Lannemezan, dans la majorité des hôpitaux psychiatriques on est encore extrêmement loin d'y parvenir, et pourtant, c'est là que les possibilités d'implantation sont les plus grandes, puisque l'équipe soignante dispose complètement du temps de ses malades.

La transition se fait alors entre la thérapeutique par le travail et une "occupational therapy" : meubler les heures de la journée de l'hospitalisé.

Tout d'abord, les loisirs, les distractions représentent les parentes pauvres de cette "occupational therapy" : ils sont un traitement secondaire, accessoire, la base du traitement étant une synergie médicaments-travail.

Les premiers efforts faits d'une manière systématique le sont aux Etats-Unis : l'école psychiatrique américaine a des tendances plus sociales que cliniques et c'est là-bas qu'on voit apparaître, non plus des distractions pour soirées trop longues, mais des efforts concertés pour améliorer l'efficacité intellectuelle des malades. On tente de leur adapter des méthodes scolaires, on multiplie les journaux d'asile, en bref on essaie de leur fournir des centres d'intérêts culturels.

Ailleurs les moyens de distractions sont d'abord les moyens du bord (la messe et les causeries du chapelain par exemple). Assez rapidement en Europe, on tente aussi d'organiser les lectures en commun, des écoles de chant ou de musique (par exemple Parchappe à Rouen a une école de chant).

Sur le plan intellectuel, on ne se contente plus de croire comme Bouchet en 1846 que "notre mission n'est pas de développer l'intelligence acquise et de développer l'imagination, mais de les remplacer dans la voie normale et de les limiter à des bornes que le passé à déjà marquées".

Les festivités décidées, organisées et offertes aux pauvres malades par les médecins, véritables seigneurs de l'univers asilaire, tendent à perdre de leur importance. Le bal devient mensuel, hebdomadaire et le médecin ne se sent plus obligé de le présider chaque fois.

Le cinéma, distraction facile car octroyée aux malades comme le fait remarquer Tosquelles, est devenu banal. On s'oriente de plus en plus vers des activités à plus faible popularité ne concernant que peu de malades, mais représentant par contre un effort de mobilisation des esprits, et d'enseignement. Partout on mise sur la raison des malades. On ne reproche plus aux journaux d'asile de ne faire "aucune place à la manifestation de la folie", on les félicite d'éliminer ces manifestations jugées intempestives.

En fait c'est après la deuxième guerre mondiale que l'on prend vraiment conscience de l'utilité de l'organisation de ces activités. D'abord, par le biais des thérapeutiques de groupe : on veut encore se garder de toutes modifications sociales, mais on insiste sur les méthodes de microsociologie, etc... Puis progressivement, on s'aperçoit que cette psychothérapie collective est aussi une prévention de nouvelles maladies ou de rechutes, en raison des méthodes pédagogiques nouvelles.

Bientôt les pouvoirs publics prennent conscience de ces problèmes : les circulaires du Ministère de la Santé Publique, les rapports de l'O.M.S. mentionnent la distraction, les clubs thérapeutiques, etc...

Cependant, on a encore trop tendance à confondre ces méthodes thérapeutiques avec un médicament. Si le largactil peut agir n'importe où de la même manière, il faut bien admettre que ces méthodes sont étroitement liées aux habitudes culturelles locales. Leur forme, comme leur fond, doit varier d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre. F. Fanon le démontre clairement dans son expérience de sociothérapie en milieu musulman.

Plus ou moins consciemment donc, les méthodes employées sont influencées par la culture du pays où l'on se trouve. Plus ou moins consciemment aussi, elles prennent un aspect de culture populaire :

- le cinéma se transforme en ciné-club ;
- le bal, en sauterie et cours de danse ;
- les réunions de groupes en cercles d'études, foyer culturels ;
- le sport, en éducation physique ;
- la radio, en club d'auditeurs de musique ;

et ainsi vont de pair la rééducation sociale des malades et leur éducation culturelle.

On peut penser par conséquent que dans l'avenir, les malades sortiront de l'hôpital psychiatrique, non seulement guéris mais encore débarassés d'un certain nombre de troubles mineurs, engendrés par la société actuelle ; donc améliorés par rapport à la moyenne de la population. Denis de Rougemont (Arts 10 avril 1957) a raison : "L'ère des loisirs commence, nous sommes au seuil des temps où la culture va devenir le sérieux de la vie".

L'EXPERIENCE SOCIOOTHERAPIQUE

de

FLEURY-LES AUBRAIS

INTRODUCTION

Nous avons dit que l'expérience à partir de laquelle nous allons tenter de tirer des conclusions, s'est déroulée dans le cadre d'un service d'hommes à l'hôpital psychiatrique départemental de Fleury-les-Aubrais.

Ce service compte actuellement 260 pensionnaires, une centaine d'infirmiers. Les réalisations sociothérapiques ont été grandement facilitées par la présence d'une structure particulière : le pavillon dit "de transit", utilisé¹ comme centre social, centre culturel. Par la suite un hôpital de jour y a été créé.

Si, comme il a été dit fréquemment, les murs guérissent, les murs de ce pavillon ont eu le rôle à jouer dans la réussite de cette expérience. Doté d'une vaste salle de jeux, d'un atelier aéré et clair, et d'un bar ouvrant directement sur la forêt, permettant ainsi l'installation l'été d'une terrasse à l'extérieur, le "pavillon de transit" est conçu essentiellement pour donner une ambiance agréable. De loin, il se présente comme un pavillon de plein pied, de style "colonial".

Il faut noter cependant que sa relative exiguité, le fait qu'il ne dispose que de deux ou trois salles pour les différents clubs, en favorise l'aspect perpétuellement "remuant". Exemple : on dispose des chaises dans la grande salle ; on les retire pour un rapide balayage avant le cours de danse : on les range de façon différente pour les réunions de journal ou les projections de vues fixes, etc...

De même le bureau du médecin sert successivement de bureau d'examen psychologique, de salle de réunion pour le personnel, ou pour des activités inspirées de la psychothérapie de groupe.

Bien entendu, étant essentiellement conçu pour des activités présumées distractives, les heures de fonctionnement de ce pavillon sont assez particulières, le bar est ouvert l'après-midi seulement ; l'atelier, comme les autres, fonctionne de 8 h 1/2 à 9 h à 11 h 1/2 et de 14 h à 17 h. Toute la journée, la rédaction du journal, les activités individuelles (dessin, peinture), les psychothérapies de groupe, et actuellement le remue-ménage de l'hôpital

de jour, animent le pavillon. De 17 h 30 à 18 h 30, pendant l'heure qui précède les repas, une activité est proposée aux pensionnaires. Le choix de cette heure précise nous a été dictée par deux raisons :

- d'une part, la cadence de travail du personnel affecté à ce pavillon : 9 h du matin à 19 h (et non pas les 3/8 habituels, étant donné qu'il n'y a pas de malades couchés).

- d'autre part, les pensionnaires dinant à 19 h - 19 h 30 (essai d'adaptation aux heures extérieures) et faisant immédiatement après la vaisselle ensemble, les soirées ne pourraient commencer avant 20 h 30. Mais les malades encore fatigués, encore fragiles, préfèrent se coucher tôt, d'autant plus que le réveil est très matinal.

Le personnel se compose d'infirmiers et d'infirmières jeunes, ayant une formation de base (celle d'infirmiers des hôpitaux psychiatriques). Ils sont tous passés par les pavillons ordinaires et n'ont été choisis pour ce travail qu'en raison de leur goût personnel pour la sociothérapie.

Ils sont relativement peu nombreux (cinq), dans la mesure où à côté des charges de cet ordre, ils ont à s'occuper de l'hôpital de jour (actuellement 30 malades, mais appelé à augmenter).

Cependant le nombre de ces infirmiers, semble suffisant puisque ce travail de ce pavillon particulier, de ce "temple de la sociothérapie", s'ouvre sur tout le service, et que l'organisation des clubs, des conférences, est confiée à des animateurs choisis le plus loin possible du transit et même à l'extérieur de l'hôpital. Nous en reparlerons dans l'exposé des différentes activités.

Les infirmiers spécialisés du transit, ont pour charge l'organisation matérielle, la préparation des salles, la bonne tenue ou la surveillance de la comptabilité du bar. De plus, ils doivent être présents pour maintenir le contact dans toutes les réunions de pensionnaires ou de personnel, et dans la majorité des clubs soit pour compenser une éventuelle défaillance des animateurs, soit pour utiliser à des fins thérapeutiques, la présence à ces clubs de certains pensionnaires. C'est ainsi que nous avons pris l'habitude de préparer un cahier par activité, où sont notés à chaque séance, le nom des malades présents, les problèmes soulevés, les faits saillants, la conduite à tenir dans l'avenir en face de tel ou tel malade. Grâce à ces cahiers, nous avons pu voir, et prévoir, le réveil de certains malades asilisés depuis de longues années, et pour lesquels aucun espoir ne semblait permis.

Bien que le pavillon de transit puisse être considéré comme le centre même des activités sociothérapeutiques du service,

nous ferons précéder la description des activités qui y sont "localisées", par celles des réunions de pavillons qui, historiquement et pratiquement, ont préparé et facilité la compréhension, le développement et l'utilisation des méthodes de microsociologie pratiquées dans ses locaux.

Les différentes activités que nous allons donc faire entrer dans le cadre de l'organisation des loisirs, seront :

- les réunions de pavillons et interpavillons,
- le bar,
- le club de musique,
- le journal,
- les projections de vues,
- le ciné club,
- le télé club,
- le cours de danse,
- diverses activités de création plus récente,
- les réunions d'infirmiers.

oOo

LES REUNIONS DE PAVILLONS

Les réunions de pavillons sont bien connues des psychiatres qui cherchent à améliorer les conditions de vie dans des services surchargés, qui veulent créer un contact, des relations inter-humaines entre malades et médecins, entre malades et infirmiers.

Cependant les modalités de ces réunions de pavillons varient d'un hôpital à l'autre. De plus, comme elles ont représenté une des premières activités de groupe, on a souvent une légère tendance à les laisser tomber en désuétude, au profit de réunions de groupe interpavillonnaires (faisant entrer dans ce vocable : comités des fêtes, de rédaction, clubs de téléspectateurs, ciné club, etc...).

Pourtant il semble que ce soit une activité encore extrêmement utile dans le cadre de pavillons un peu deshérités pour franchir les étapes qui mènent à la sociothérapie dans un centre culturel, tel que le pavillon de transit.

Nous allons comparer deux types de réunions de pavillons :

a) - l'une qui fut un échec relatif, les réunions de pavillons d'entrants,

b) - l'autre qui semble être, au contraire, un grand succès, la réunion du pavillon dit "de travailleurs".

a) - La première de ces réunions groupaient les malades de deux pavillons d'entrants du service : en effet le temps ne nous permettant pas de faire une réunion dans chacun des pavillons, nous avons pensé pouvoir les réunir. L'un venait à peine d'ouvrir et comportait des structures remaniées tout récemment : pas de dortoir, une salle de jeux agréable, peu de malades. L'autre venant de ce fait de se voir déposséder d'une partie de ses entrants, groupait deux fois plus de pensionnaires. Son équipement hôtelier était nettement inférieur à celui du pavillon précédent.

Très rapidement, une fois un certain nombre d'améliorations mineures apportées aux deux pavillons (horloge dans la grande salle de jeux, réparations de robinets, obtention de rideaux), on s'aperçut que la rotation rapide des entrants les empêchait de s'intéresser aux problèmes fondamentaux de l'organisation intérieure des pavillons. D'autre part, les quelques résultats obtenus dans cette organisation intérieure étaient sans cesse remis en question par l'arrivée de nouveaux entrants.

Au bout de quelques mois, après avoir connu un grand succès, ces réunions eurent tendance à péricliter : éternellement revenaient les mêmes problèmes (organisation des tours de vaiselle, et organisation très fréquente, à la demande des malades, mais par les infirmiers de concours divers : boules, belote, etc.).

Même localement, nous eûmes du mal à intéresser les malades du premier pavillon aux problèmes spécifiques du second et vice-versa.

Nous pouvons en dire autant des infirmiers qui ne venaient à la réunion que lorsqu'elle avait lieu dans leur pavillon (en effet les réunions avaient lieu tantôt dans un pavillon, tantôt dans l'autre).

Enfin la création d'un poste d'hôte dans ces pavillons d'entrants rendit superflues dans l'esprit des malades les réunions de pavillons, les contacts personnel-malade se faisant plus facilement dans ces nouvelles conditions. D'autant plus que dès qu'ils étaient "valides", les malades étaient conduits au centre sociothérapique pour le visiter et participer à ses diverses activités.

b) - Plus intéressantes furent les réunions du pavillon dit "de travailleurs" qui, elles ont suivi une courbe ascendante, devenant parfois de véritables séances de psychothérapie de groupe, mais de grands groupes.

En effet ce pavillon accueille une certaine catégorie de malades : arriérés profonds, vieillards pouvant éventuellement bénéficier d'un placement en hospice, malades hospitalisés depuis longtemps. C'est un pavillon de quatre vingt pensionnaires, évidemment donc encombré.

Les premières réunions furent entièrement consacrées à l'amélioration d'un certain nombre de détails du pavillon. Avec

ces améliorations , vint un développement des besoins et bientôt les pensionnaires réclamèrent une salle à manger nouvelle, des peintures fraîches, des petites tables, un autre service de table, etc...

Conscients de l'intérêt que l'équipe médico-sociale portait à leur pavillon, ils s'organisèrent pour créer des groupes qui visitèrent les pavillons voisins, afin d'y puiser des idées, en rapporter une liste d'objets à obtenir. Au bout de quelques mois, on se heurta au même mur que dans le cas précédent, c'est-à-dire que tout ce qui pouvait être obtenu rapidement l'avait été, et que tout ce qui devait être obtenu dans les mois ou les années à venir, était fiché, étiqueté, inscrit sur un cahier tenu à jour.

Cependant le virage que prit l'expérience à ce moment ne fut pas du tout superposable à celui pris dans les pavillons d'entrants. En effet, les malades avaient établi un contact avec le médecin. Ce contact pouvait se maintenir dans la mesure où ni le médecin ni les malades n'avaient changé. Aussi s'orienta-t-on vers une discussion de groupe de niveau de plus en plus élevé, allant jusqu'à tenter de régler en commun des problèmes généraux, et en particulier un problème grave, qui sévit dans nombre de collectivités : celui des vols.

Assez rapidement, on comprit que ces voleurs n'étaient pas de simples voleurs justifiant l'intervention de la police, mais qu'il fallait appliquer des solutions d'ordre thérapeutique (des vieux malades étant souvent beaucoup plus durs que les médecins, et proposant des mises au cachot). Ceci, dans une attitude de coopération vraiment extraordinaire chez des sujets jusque-là considérés comme de bas niveau.

La constatation faite que les résultats obtenus par les méthodes de groupe "marchent" mieux avec les malades de bas niveau, se confirme dans d'autres expériences dont nous reparlerons. Il semble qu'ils soient extrêmement sensibles au fait qu'on vienne vers eux. Ils se sentent un peu négligés dans toutes ces activités sociothérapiques qu'ils "lorgnent" de loin et auxquelles ils n'osent pas participer.

Si on les invite, si on ouvre grandes les portes de ces activités, s'ils sont mis en confiance par les animateurs, les résultats obtenus sont surprenants et les réponses de ces malades dépassent souvent en profondeur, les bavardages des "bons malades" sociothérapiques, brillants causeurs, "ceux qui savent" et qui appartiennent en pratique à une classe sociale bien déterminée.

LE BAR

Le rôle attractif le plus important du pavillon de transit est joué par le Bar, véritable ossature du centre sociothérapique.

Ce bar ressemble probablement à n'importe quel autre bar, si ce n'est que les prix pratiqués sont inférieurs à ceux de l'extérieur, et que les boissons alcoolisées en sont exclues. Son cadre est agréable : il y a la radio, un tourne-disques, un jeu de baby-foot.

Les pensionnaires s'y rencontrent et viennent y jouer aux cartes, discuter, prendre un café, sont servis par d'autres pensionnaires, sans que cela pose de problèmes.

L'aspect le plus particulier de ce bar, est que les agents des services généraux, les employés de l'administration, les infirmiers, les invités de l'extérieur, les familles des malades viennent aussi y prendre une consommation, sans que la coexistence s'en trouve gênée.

En effet, on ne voit pas comme ailleurs, les malades se figer à l'arrivée d'un médecin (qui ne porte pas, bien sûr, de blouse), ou se taire à l'arrivée d'un infirmier (qui lui non plus ne porte pas de blouse) - cet aspect vestimentaire de la question a probablement une très grosse importance.

L'intérêt de ce bar ne réside pas tant dans le fait qu'on y trouve des boissons, mais de ce qu'il représente un pôle d'attraction ouvert presque constamment (en tout cas constamment aux heures où ils sont disponibles), aux malades. Il est l'appât qui attire au pavillon de transit les pensionnaires, et qui leur permet de "goûter" aux activités sociothérapiques.

Actuellement, c'est dans les locaux même de ce bar que les malades de l'hôpital de jour prennent leurs repas, et dans l'avenir, il n'est pas impossible que l'on puisse y ouvrir une sorte de cafeteria restaurant.

LE CLUB DE MUSIQUE

Le club de musique a été un des premiers clubs créés dans le cadre du pavillon de transit. En effet, c'est d'abord à la musique que les médecins ont fait appel depuis la plus haute antiquité pour "adoucir les moeurs" ; c'est la musique aussi qui est la plus connue des activités de groupe culturel, la plus facile des activités à "donner" aux malades. Elle ne réclame que peu de moyens techniques.

Ce club a subi une évolution symptomatique de l'atmosphère, du style dans lequel les différentes activités sont menées dans le service. Les débuts du club ont été assez difficiles. Nous avons eu d'abord du mal à comprendre la nécessité impérieuse d'un jour fixe, d'une "habitué" des malades (les premiers temps la date changeait fréquemment, la salle n'était jamais la même, et les malades étaient désorientés). Par la suite, une habitude fut prise, qui permit à un certain nombre de malades (50 à 70) de venir régulièrement.

L'évolution au niveau des présentateurs fut elle aussi symptomatique. Au début, un présentateur assurait seul les séances, et imposait en partie son goût. Mais peu à peu, d'autres médecins, des infirmiers, des gens venus de l'extérieur, des malades même, vinrent faire des présentations de disques.

Il arrive que des médecins affirment : "chez nous ce sont les malades qui font ce genre de présentation". En fait le travail leur est préparé jusque dans les détails, alors que, dans le cas présent, le malade qui se charge d'une présentation de disques, doit tout faire par lui-même ; et parler en face d'un public qui n'est plus le public pavillonnaire qu'il connaît, mais un public aussi varié et inconnu qu'à l'extérieur.

En effet l'expérience est intéressante dans la mesure où il s'agit d'un club ouvert à tous, et bien entendu à toutes.

Au début, spontanément, hommes et femmes se mettaient chacun d'un côté de la salle, et n'échangeaient que des regards furtifs (un peu ce qui se passe encore à la salle des fêtes lors des séances de projections cinématographiques), mais peu à peu les cloisons se mirent à fondre.

Il faut noter que les réactions des femmes aux séances musicales sont différentes de celles des hommes. Elles semblent beaucoup plus sensibles aux qualités proprement musicales des oeuvres qu'à leur côté brillant ou spectaculaire.

Peu à peu, les malades eux-mêmes éliminèrent certaines séances : c'est ainsi qu'ils demandèrent à écouter non plus des petits morceaux, mais des oeuvres complètes : la moyenne de temps d'audition passant de deux minutes à dix minutes, un quart d'heure et allant jusqu'à 1/2 heure d'affilée pour certaines oeuvres classiques.

Ils réclamèrent aussi la disparition des séances faciles, de ce qu'ils appelaient le style Dalida. Ils demandèrent enfin, des explications, plus que des anecdotes ou des commentaires personnels. Les séances sur les mouvements en musique classique, eurent ainsi un grand succès.

Ils ne furent pas toujours très bavards au cours des séances. Pendant un certain temps on n'a pu obtenir des malades autre chose que : "c'est beau", "ça me plaît".

Le problème se posait de savoir comment utiliser ce "c'est beau". Dans un premier temps, on a utilisé le truc du vote : les malades votaient pour choisir le meilleur morceau écouté, et l'on repassait le morceau élu de la soirée.

L'usage répété du vote, et de la réaudition du disque, amena à faire une constatation simple : la musique, comme le disait un malade "plus on l'entend, plus on la comprend". C'est alors qu'on reprit des morceaux déjà entendus pour les faire écouter à nouveau et les expliquer une seconde ou troisième fois.

A ce moment non seulement les malades dirent que "c'était beau", mais commencèrent à émettre des jugements plus élaborés. Un autre aspect intéressant de ces séances musicales, est leur utilisation hebdomadaire par 3 ou 4 pensionnaires pour en faire un article destiné au journal de l'Etablissement.

A la suite de quelques séances variées, on put dégager différentes tendances. Par exemple les danses slaves de Dvorak furent souvent demandées. On ne peut qu'être rassuré en constatant que le goût d'un public non averti est bien souvent très sûr. Les votes vont presque toujours à la qualité et à la pureté : par exemple lors d'une séance sur les Negrospirituels, c'est Mahalia Jackson qui l'emporta devant des chanteurs de moindre envergure ou plus commerciaux.

Un certain nombre de surprises nous furent réservées car les séances réputées les plus difficiles, celles que nous hésiti-

tions le plus à faire, furent en général des succès. En particulier eut un très grand succès une séance sur la musique chinoise comportant des extraits d'un disque de l'Opéra de Pékin que personne n'avait encore entendu et dont pourtant nombre d'assistants se souviennent encore.

En effet nous essayons de faire des programmes aussi variés que possible :

- une semaine : musique classique centrée sur un instrument (violon, clavecin), un musicien (Beethoven, Chopin), une époque (le XVI^e siècle), un pays (la Chine, la France).
- une semaine : musique folklorique.

De temps en temps, des variétés de qualité : nous avons eu des séances sur Edith Piaf, la chanson d'amour, les espoirs déçus, Yves Montand, etc...

Actuellement la causerie musicale, est une des activités les plus suivies du transit, des plus classiques aussi. Et une de celle qui a apporté, jusqu'à présent les meilleurs résultats, dans la mesure où elle a ouvert un certain nombre de malades à la musique ; non pas tant qu'elle adoucisse les moeurs, mais elle les modifie dans le sens d'une culture plus large. Nous pensons avoir donné le goût de la bonne musique à quelques malades maintenant sortis et qui écoutent plus facilement le concert du dimanche à la radio sans tourner le bouton d'un air méprisant.

LE JOURNAL

Le journal de Fleury-les-Aubrais a comme caractère particulier d'être hebdomadaire, de qui implique un apport rapide des articles, des conditions économiques plus déficiles qu'un mensuel, et une impression et une finition un peu moins bonnes qu'ailleurs.

Il paraît sur environ 8 pages, chaque samedi. Mais ce qui nous importe ici, c'est la réunion du comité de rédaction du service hommes qui a lieu chaque semaine.

Un certain nombre d'articles sont fournis régulièrement par un ou quelques malades : ce sont surtout les comptes-rendus des activités telles que projections de vues, causeries musicales, ces comptes-rendus servent de prétextes à des discussions après la séance.

D'autres petits groupes s'intéressent aussi à la rédaction de comptes-rendus sportifs, de la revue de presse des journaux des autres hôpitaux psychiatriques, de l'actualité politique. La réunion hebdomadaire du comité est plus intéressante, car elle réunit 15 à 30 malades du service. Au cours de ces réunions chaque auteur lit son article et le soumet à l'approbation ou à la désapprobation générale.

Tous ensemble, malades et infirmiers font des coupures, remanient les articles, en refusant même quelques-uns soit qu'ils aient été jugés trop violents, soit au contraire qu'ils aient été jugés sans grand intérêt, trop serviles devant les autorités de l'hôpital (remerciements divers).

Un moment intéressant de la rédaction est celui de la recherche des potins, on cherche tout ce qui a pu se passer dans l'hôpital depuis la semaine précédente : petits incidents, nouveautés concernant l'ensemble des pensionnaires. En général, la discussion sur les potins est très animée ; chacun tenant à raconter une anecdote et tout le monde riant très fort des mésaventures arrivées à tel ou tel personnage de l'hôpital.

Pendant quelques mois, des discussions de groupes eu-

rent lieu dans le cadre de ce comité à propos des problèmes d'intérêt général : la cuisine, les douches, les sorties, les portes ouvertes, etc... On en tirait substance pour un article qui était mis en forme par quelques pensionnaires aidés ou non d'infirmiers.

L'élaboration du journal permet en outre la réunion de comité de rédaction mixtes lors d'événements un peu particuliers (bal, kermesse, etc...).

L'Echo des Bruyères, première parmi les activités que nous décrivons dans ce travail est à l'heure actuelle, intimement mêlée aux autres activités (musique, vues fixes, sport) et complètement intégrée dans la sociothérapie du transit.

LES PROJECTIONS DE VUES

A côté du Club de Musique et du Journal, les projections de vues fixes représentant la troisième des réunions à large audience.

50 à 70 malades, hommes et femmes, y assistent. Mais contrairement à ce qui se produit pour la musique, ce sont les hommes qui y participent le plus activement, peut-être en raison du dépaysement provoqué (projections de diapositives de pays étrangers), peut-être aussi pour le plaisir de reconnaître des contrées connues (projections de sites des provinces françaises). Ces vues sont presque toujours essentiellement touristiques en fonction des prêts possibles.

La projection présente le pays d'une manière très large, au besoin à l'aide de disques. Le public présent pose des questions, discute, aide le présentateur à retrouver ce qu'il a oublié, dans une ambiance détendue, bon enfant, qui en fait plus qu'une présentation : une "vue en commun".

Cependant cette "vue en commun", permet de révéler plus encore que la musique, certains malades. Tel ce grand délirant hospitalisé depuis de longues années, considéré comme peu intelligent, bien que parfaitement inséré dans la vie de l'hôpital, qui lors d'une séance sur la Grèce antique a froidement demandé au présentateur s'il s'agissait de vues représentant des inscriptions runiques !!!

Depuis peu en dehors de vues fixes, des projections de films touristiques viennent compléter les séances.

Ces séances on un gros pouvoir d'attraction, car tout en ne remplaçant pas le cinéma, elles sont un moyen de discussion commune sans se faire rabrouer, sur des sujets connus des malades. En effet, ils n'osent parler de la musique car ils pensent n'y rien connaître, ils ont peur de parler de cinéma, car ils pensent aussi n'y pas connaître grand'chose ; mais ils n'ont pas peur du tout de parler de la Bretagne où ils ont passé des vacances, de parler de la Finlande dont ils ont lu dans le journal qu'elle avait des difficultés diplomatiques avec l'Union Soviétique, de parler de la Grèce Antique dont leur cours d'histoire leur a donné notion.

Bien qu'il s'agisse aussi d'une activité moins intellectualisée, d'un abord plus facile, plus agréable que la musique pour les malades, l'expérience montre qu'ils n'y viennent pas plus nombreux qu'à la musique.

Peut-être que les vues projetées ne leur semblent pas représenter un effort aussi important de l'équipe médicosociale dans leur direction, alors qu'ils ont peut-être l'impression qu'on leur "apporte" la musique qu'ils ne connaissent pas.

LE CINE CLUB

Une des activités les plus discutées du transit a été le Ciné-Club.

Le Ciné-Club ne fonctionne que pendant la saison d'hiver : chaque samedi après-midi un film est projeté dans la salle des fêtes de l'établissement. Le lundi suivant on se réunit et on discute des différents problèmes posés par le film. L'été les séances sont supprimées.

Les débuts du ciné club furent lents, difficiles, car on ne savait pas très bien dans quelle direction l'orienter. On pensait que la forme classique d'un ciné club visant à faire comprendre à la fois la forme et le fond des films était trop inaccessible pour des malades d'un département rural comme le Loiret. On s'est donc intéressé surtout au scénario.

Un certain nombre de malades ne comprenaient hélas

pas le sujet. Ils ne voyaient que le film fragmentairement, par "flash", et ne retenaient que des séquences : "il y a le coup de l'épée, le coup de la prison, le coup de ...".

De plus les débuts du ciné club ont été gênés par des malades bavards. Ceux-ci insérés dans la collectivité psychiatrique, en imposaient aux autres, qui, par conséquent, se taisaient. L'activité du ciné club se réduisait à une discussion entre deux ou trois.

Pratiquement ces deux ou trois éléments n'avaient pas de culture cinématographique supérieure à celle des malades des cantonnés dans les rôles muets, mais ils poursuivaient le débat autour de leur propre thème : un paranoïaque venu de la prison parlait de justice, un voleur ne voyait que des vols ; un autre ne pensait que jalousie et duplicité féminine.

Si, bien sûr, on pouvait considérer comme positif cet aspect des choses dans la mesure où ces malades extériorisaient ainsi leurs préoccupations, l'intérêt en était réduit car ils les extériorisaient aussi bien au cours de n'importe quel entretien singulier, très rapidement.

Donc, cette ambiance collective n'apportait aucun élément d'analyse nouveau par rapport au colloque singulier. Aussi le problème fut-il d'éliminer progressivement ces malades en adoptant comme base de discussion le film et le film seul. Ces malades estimèrent que dans ces conditions, le ciné club ne leur apportait rien. D'autre part, il fallut éliminer un certain nombre de pensionnaires qui venaient "comme ça", attirés sans doute par l'ambiance collective, sans avoir vu le film.

Etant donné qu'il s'agit de discuter "à froid", d'une manière purement intellectuelle, d'un sujet précis, le ciné club ne peut donc accueillir autant de malades que des activités passives comme la musique ou les projections de vues.

Le nombre optimum sembla être d'environ une dizaine. Une fois ces structures mises en place on eut la surprise de constater que le ciné club était extrêmement profitable à un certain nombre de malades qui se mirent à comprendre l'intérêt des belles images, du montage. Ils exprimèrent alors des opinions, apprécièrent l'ambiance du ciné club, allant jusqu'à diriger les débats, interrogeant les autres sur leurs goûts, leur demandant leur avis.

Il se forma donc un petit groupe qui discutait des films sans se laisser le moins du monde impressionner par l'avis de l'animateur. Le meilleur exemple en est un film de Juan Bardem "Grand'Rue", annoncé par l'animateur comme un chef d'oeuvre et proprement "démoli" par les pensionnaires.

D'autre part, plus encore que dans les autres activités, on tenta de déborder la simple analyse filmographique pour aboutir à des conclusions d'ordre général intéressant la morale sociale, cherchant toutes les occasions pour aborder les problèmes de racisme, d'oppression, de guerre, etc...

Le ciné club est appelé à se développer de plus en plus. Un infirmier vient de suivre un stage de formation d'animateur de la Fédération Française des ciné clubs, et nous comptons en former d'autres.

Des rapports sont liés également avec les ciné clubs de la ville et la Fédération Française des Ciné Clubs pour transformer ce club local en un véritable ciné club.

Le problème s'est posé de présenter en quelques mots les films aussitôt avant leur projection, dans la salle commune à tout l'hôpital. En fait la présentation des films se fait tout naturellement d'une semaine sur l'autre à la fin de la réunion du ciné club.

Les malades expriment aussi leur goût pour tel ou tel genre de films, et en fonction de ces goûts, les programmes de l'année suivante sont choisis.

Il ne semble pas nécessaire de transformer le ciné club en un véritable instrument thérapeutique, catalysant l'extériorisation de leur obsession par les malades ; il lui faut conserver le plus possible, à notre sens, son caractère culturel et éducatif, son caractère resocialisant et au niveau le plus haut possible, sans se laisser influencer par les apparentes difficultés opposées par les malades ou les infirmiers les mieux insérés dans leurs conditions de vie médiocre.

La difficulté qu'ont les pensionnaires à bien exprimer leurs conclusions concernant le film étudié (à bien s'exprimer en général d'ailleurs), empêche la publication d'un compte-rendu dans le journal de l'Etablissement. Cependant quant le film est particulièrement intéressant, des malades se réunissent pour rédiger en commun un article.

Au ciné club, les malades "n'apprennent pas" (comme lors des causeries musicales), mais découvrent tous ensemble les uns par les autres, des vérités, des aspects qu'ils ignoraient jusqu'alors.

LE TELE CLUB

Pendant la saison d'été on tente de faire prendre le relais du Ciné Club par un Télé Club.

C'est plus difficile, il faut choisir des programmes, mais ceux-ci ne sont jamais vus par tous les pensionnaires présents. Les uns préfèrent les émissions de jeux, les autres les émissions théâtrales, mais la plupart sont particulièrement intéressés par les séries de westerns, d'historiettes (moins conformes à une perspective d'éducation populaire).

La nécessité nous a conduit à "coupler" le télé club avec un radio club. Il s'agissait :

- d'une part de choisir ensemble une série d'émissions tant radiodiffusées que télévisées pour la semaine, et

- la semaine suivante à parler de deux ou trois émissions effectivement vues par 4 ou 5 personnes, sur les 10 ou 15 assistant au débat.

L'expérience est encore trop neuve pour que l'on sache si elle pourra durer. La plupart du temps, on ne peut encore obtenir des assistants une critique des émissions présentées, l'on doit se contenter de discussions, celles là très animées sur des genres radiophoniques ou télévisées.

Par exemple à propos d'une émission comme "Intervilles" que personne ne discute isolément, on en arrive à critiquer la notion même de l'émission de jeux de la radio (appréciées des uns parce que c'est "sportif", des autres parce que c'est "instructif", des troisièmes parce que c'est "amusant" de voir des gens peiner pour trouver des réponses.)

Les conclusions de ces réunions, il faut le répéter, ne sont pas induites par le ou les animateurs. Elles se révèlent au cours de la discussion sans que la moindre pression soit exercée sur les pensionnaires ou les infirmiers. En effet, au bout d'un certain temps, dès que la discussion devient assez passionnée les infirmiers présents (qui restent sur la "touche", soit qu'ils se sentent étrangers au monde des malades, soit qu'ils aient conscience de participer à une entreprise thérapeutique où seul le malade doit s'exprimer), ces infirmiers sont pris par le jeu, et se mêlent au débat d'une façon extrêmement vivante, vécue, au moins autant que les pensionnaires, sur un pied d'égalité parfait.

Nous n'avons pas encore réussi à donner aux pensionnaires le goût de regarder et d'écouter des émissions un peu plus difficiles, et ils sont encore satisfaits des émissions que nous considérons comme moins bonnes. Par contre un avantage du télé club vient de ce que ses animateurs se recrutent plus facilement, les infirmiers craignent moins de discuter de cette forme de spectacle que du cinéma ou éventuellement de théâtre.

Nous pensons améliorer le télé club en utilisant des fiches techniques publiées par des organismes tels que l'U.N. E.S.C.O. et destinées aux téléclubs normaux.

D'autre part nous sommes amenés à déborder les limites que nous nous étions fixés pour répondre aux questions d'actualité que nous posent les pensionnaires à propos du journal télévisé (par exemple faire le point sur le conflit Sino-Indien). A ce propos, nous tenons à redire qu'ils n'est pas question de faire de nos clubs des clubs rivalisant avec ceux réalisés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique : nous connaissons le côté artificiel de la vie de l'interné, mais nous tenons justement à profiter de cette vie artificiellement vide de soucis quotidiens, de cette vie ouatée, confortable, pour les intéresser à des problèmes qu'ils ne pensaient pas à aborder chez eux.

Au surplus le télé-club (tous les pavillons ne possédant pas leur poste) permet une interpénétration des différents pavillons : les pensionnaires doivent aller "ailleurs" voir une émission. Ils y sont incités parce que, venus une fois au club, on leur a parlé d'une émission à voir ; ou bien ils ont consulté les programmes affichés chaque semaine dans chaque pavillon ; ou bien encore ils y ont été invités par les infirmiers intéressés par cette expérience.

Comme un bon nombre d'autres clubs, celui-ci est aussi mixte, ouvert aux autres services. L'attraction qu'il représente pour certains pensionnaires des autres services ne vient pas tant de son originalité (il existe d'autres téléclubs) mais de son ambiance détendue et de la liberté qui est donnée à chacun d'exprimer un avis même peu orthodoxe.

On nous a objecté que cette attitude libérale nous exposait à "cultiver" publiquement des délires. En fait les malades délirants se sentent très vite "décalés" par rapport aux autres pensionnaires et ne viennent plus à ce genre d'activité où ils se trouvent confrontés avec des problèmes de relations inter-humaines qu'ils n'apprécient guère. Nous n'avons pratiquement jamais eu d'ennuis de ce genre : les incidents toujours minimes auxquels nous avons eu à faire face, étaient essentiellement le fait d'arriérés, amenés là plus pour sortir des pavillons que pour participer vraiment à la discussion.

LA DANSE

A côté de ces activités intellectuelles, le club de danse prend une place particulière par l'importance sociale de la danse à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital.

Apprendre à danser est une opération importante pour tout le monde. Elle l'est d'autant plus pour les pensionnaires qui, étant admis que la maladie mentale est une "coupure" avec le monde social, ont, par la danse, le moyen de se remettre dans le courant de la vie réelle. Pour les malades hospitalisés depuis longtemps c'est tout simplement l'occasion de rencontres.

Pour d'autres il s'agit de rompre avec la tristesse (on peut aller à un club pour apprendre quelque chose sans s'amuser, on ne va pas danser sans plaisir). Bien sûr le cours de danse est mixte.

Les professeurs qui le dirigent viennent de la ville. Certains malades, certains infirmiers ont pu être leurs élèves hors de l'hôpital. Ces professeurs sont absolument ignorants des problèmes de santé mentale, se conduisant avec les malades beaucoup mieux que certains infirmiers diplômés. Ils les considèrent comme des gens normaux, les reprennant quand ils sont trop guindés, mais conservant une certaine patience pour eux ; ce sont des élèves.

Un gros effort a été fait au début, pour éliminer des cours de danse tous les pensionnaires qui s'y présentaient dans une tenue négligée. Très rapidement, ils ont pris l'habitude de mettre leurs habits du dimanche pour aller au cours, un peu comme on va au bal.

La première partie du cours est faite de leçons : les hommes, les femmes, en ligne répètent des pas plus ou moins compliqués, mais en tout cas des pas de danse moderne (de la valse au twist et à la bossa nova). Il n'est pas bien entendu, question de refaire les éternelles caricatures de danses folkloriques que l'on trouve encore dans les "asiles".

La séance se termine par une "danse libre", chacun invitant qui bon lui semble. Très souvent les pensionnaires se retrouvent au bar à la fin du cours, à moins qu'ils n'improvisent une sau-

terie après le départ du professeur.

Les pensionnaires qui vont au cours ne sont pas les "clients" des autres clubs : ils sont jeunes, attirés par une ambiance collective plus gaie, par les présences féminines, ou pour voir. Il y a toujours en effet un certain nombre de spectateurs mais la "police" faite à l'entrée à propos de la tenue a diminué leur nombre. Actuellement il y a moins d'un spectateur pour un danseur. On a vu après de longues semaines de stagnation sur leurs chaises, des spectateurs se mettre à danser et y prendre un plaisir évident.

Le cours de danse a un énorme avantage sur les autres clubs, il cumule tous les intérêts que peut présenter un club thérapeutique.

Sur le plan physique, il offre une rééducation motrice de qualité, permettant de lutter contre le syndrome neuroleptique que présentent encore quelques malades.

Sur le plan social, il réunit hommes et femmes dans une atmosphère très normale (avant d'être pensionnaires, les malades sont allés danser ou ont eu envie d'y aller, alors que bien rare sont ceux qui sont allés à un ciné club ou à une audition de musique classique).

Sur le plan psychologique, l'effet produit par la présence d'un professeur venu de l'extérieur, d'un professeur "civil" pourrait-on dire, est très important pour tous les participants.

Ce cours est indépendant des bals (qui ont lieu périodiquement soit à la Salle des Fêtes, soit dans les pavillons), des cours de danse folklorique qui ne sont apparemment qu'un conditionnement à certains mouvements, qu'un dressage de malades catatoniques, et des sauteries homosexuelles qu'on peut trouver dans certains services de femmes.

Nous pensons qu'il ne faut pas limiter ce cours à son aspect distractif mais lui ajouter un rôle culturel (on apprend à mieux danser). Et cette forme de culture est au moins profitable que la culture intellectuelle envisagée jusqu'ici. Cette culture motrice est réalisée aussi par une équipe de sport dont nous reparlerons brièvement.

DIVERS

D'autres distractions que nous ferons que mentionner, sont à la disposition des pensionnaires, ce sont :

- DES CONFERENCES : Le plus variées possible. Certaines sont présentées sous forme de cycle (en particulier un cycle sur l'arboriculture fruitière). Les conférenciers viennent de l'extérieur du service pour parler de leur métier, de leur passion, de leur pays.

- UN ATELIER DE PHOTOGRAPHIE a été ouvert. De même un ATELIER DE DESSIN ET DE PEINTURE, qui fait parcourir la forêt par quelques amateurs, sans le moindre souci d'art psychopathologique, ou de production artistique rentable. Ce sont de véritables "peintres du dimanche".

- UN CLUB DE CHANT rassemblant 8 à 12 malades. Il se place par rapport aux chorales classiques des collectivités comme le cours de danse par rapport aux danses folkloriques. On y chante n'importe quoi, c'est-à-dire le succès du jour.

Les amateurs qui s'y réunissent sont peu nombreux et répètent librement des chansons dont ils ont les paroles et dont ils écoutent les enregistrements discographiques.

Nous considérons qu'ils est toujours un peu ridicule de présenter sur une scène, fut-elle celle de l'Etablissement une quinzaine de malades jouant aux Petits Chanteurs à la Croix de Bois, alors qu'il est toujours agréable de pouvoir fredonner une chanson que l'on aime, chez soi, ou à la rigueur dans une réunion de famille.

Si l'on peut hésiter à faire entrer dans le cadre de l'organisation des loisirs à l'intérieur du service toutes les ACTIVITES ERGOTHERAPIQUES.

- L'EQUIPE SPORTIVE, par contre représente une distraction des plus utiles et des plus importantes. Dans cette équipe ce ne sont pas les malades qu'on pensait les plus valides et les plus aptes à exercer un sport qu'on a vu y briller particulièrement (mise à part une période pendant laquelle le moniteur

étant en congé, un pensionnaire footballeur amateur a pu prendre sa place pour diriger l'équipe dans l'exercice quotidien).

Cet exercice n'a pas le lustre que certains gymnastes espèrent : c'est une longue promenade dans la forêt, mi-marchée, mi-courue, suivie de mouvements respiratoires, et qui se termine sur le terrain de football où les pensionnaires échangent quelques balles.

L'équipe sportive réunit plus des "copains" que des malades désignés. Plus encore que la danse, elle nous permet de lutter contre le syndrome neuroleptique, et contre certaines atteintes somatiques, et par là même, donne des résultats tout à fait satisfaisants. Enfin une ECOLE pour adultes repose des cours d'orthographe, de lecture, de rédaction, de calcul élémentaire et même d'anglais.

A ces activités réservées aux pensionnaires, il convient d'ajouter trois réunions de groupes hebdomadaires créés pour les infirmiers :

- d'une part parce que notre organisation culturelle tient à prendre en charge tout le service, et non pas seulement la partie (la plus importante il est vrai) internée ;
- d'autre part parce que (nous le verrons en étudiant le questionnaire) les infirmiers eux-mêmes les rangent parmi les activités sociothérapeutiques :
- enfin parce que leur importance n'est pas négligeable de part le retentissement qu'elles ont sur l'attitude des infirmiers en face des malades (et des autres activités culturelles).

Ce sont :

I. - LES REUNIONS D'ERGOTHERAPIE : les moniteurs (tous
===== infirmiers) font part
aux médecins du comportement des malades qui leur sont confiés.

Ils sont avertis de la conduite thérapeutique préconisée par les médecins. Certains de ces moniteurs sont tellement détachés de leurs travaux d'infirmiers qu'ils ont là le seul contact avec le reste du service.

Habitué au "travail thérapeutique", ils semblent ne voir que l'aspect distractif des activités nouvellement créées, et cela leur paraît accessoire.

II. - LA REUNION DE SOCIOThERAPIE réunit l'équipe medico-
 ===== sociale, la psychologue,
 les infirmiers intéressés et qui ont eu la possibilité de quitter leur
 pavillon. Outre une revue des activités sociothérapiques de la se-
 maine (faits saillants concernant certains malades, discussions
 sur la qualité des séances, sur la marche à suivre dans l'avenir),
 une discussion s'engage chaque fois sur un problème de sociothé-
 rapie. Exemple : "comment élargir le cercle des infirmiers inté-
 ressés à ces activités ? " - "Comment "renflouer" le téléclub ? "
 "Peut-on présenter des films médicaux aux malades"? "Doit-on
 discuter après la projection de films touristiques " ?, etc...

Ces réunions ont un rôle de mise au point et de perfec-
 tionnement professionnel qu'elle partagent avec :

III. - LES REUNIONS DU "VENDREDI" où sont abordés par les
 ===== infirmiers des problèmes
 psychiatriques ou psychologiques. Il s'agit là d'un enseignement
 librement consenti, sous forme de discussion. Ont été traitées,
 entre autres, les étapes de l'évolution psychologique de la nais-
 sance à l'âge adulte, la caractérologie, la "maladie des grands
 ensembles", les formes de début de la schizophrénie, etc...

Outre ces réunions, les infirmiers ont de nombreux
 contacts avec le pavillon de sociothérapie.

En effet, tous, des élèves infirmiers, aux Chefs de pa-
 villon, ont accompli ou vont accomplir un stage de quinze jour
 dans ce pavillon.

D'autre part, ils sont nombreux à utiliser leurs "talents"
 pour animer des clubs divers.

Nous ne pensons pas que les activités que nous venons
 de décrire représentent un éventail suffisamment ouvert, mais
 nous pensons avec Sivadon : "Ce que chacun admettra tout au moins,
 c'est qu'ainsi de très nombreux malades échappent au risque le plus
 grave de la vie asilaire, celui de voir s'aggraver leur isolement au
 milieu d'un monde aliéné".

La nécessité d'une variété très grande de clubs, de dis-
 tractions éducatives proposées est évidente : le malade doit pou-
 voir choisir à sa guise la succession de ses plaisirs et même de
 ses occupations.

Ses distractions ne doivent en aucun cas le laisser

solitaire, mais doivent au contraire comporter le plus de contact possibles avec le monde extérieur, avec l'équipe thérapeutique, avec les "autres".

De plus les différentes clubs représentent divers aspects de la relation thérapeutique soignant-soigné, trop souvent obscure.

Par exemple, on peut admettre que la musique représente de la part du thérapeute un effort de séduction. Le malade lui apporte une passivité teintée de réactions émotionnelles incontrôlées.

- Au ciné club, l'attitude du malade est tantôt d'imitation du thérapeute (le suivre dans les régions élevées de la discussion intellectuelle), tantôt une simple recherche scolaire de reconnaissance des dates, d'acteurs, de lieu, etc... Mais il est dans une position telle qu'il va chercher à comprendre par sympathie pour le thérapeute (qui cherche aussi).

- A l'extrême, le journal, c'est pour le malade la volonté et la possibilité de s'exprimer librement sans crainte et aussi de se sentir pleinement responsable au sein d'une collectivité qui ne le rejette pas et sur laquelle il peut agir (par l'intermédiaire de ses articles). Par ce biais, il décharge aussi une partie de son agressivité envers les "dirigeants" de l'hôpital et du monde. Toutes ces activités ne sont pas uniquement destinées au malade, bien qu'il soit l'unique objet des activités de l'hôpital. Elles sont aussi destinées au personnel, qui peut en profiter. L'infirmier est intéressé, comme les autres, par un beau film, un beau disque. Et le personnel peut ainsi s'éveiller à certains problèmes, améliorer sa connaissance d'autres problèmes et surtout voir tomber les barrières psychologiques qui l'empêchent de coopérer à la guérison du malade, non plus par l'intermédiaire des médicaments, mais par lui-même, aidé de toute une équipe.

C'est donc la vie sociale, à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, qui représente peut-être la part la plus importante du traitement.

Si l'on admet que la maladie mentale est une maladie du cortex cérébral, on doit aussi se souvenir qu'on a pu écrire que ce cortex est un "organe social". C'est à dire qu'il faut absolument :

- pour un entrant, l'empêcher de se "désocialiser" ;
- pour un grand malade ou un hospitalisé de longue date le "resocialiser".

Il faut lui apprendre à "re-utiliser les démarches de pensée élémentaire des rapports interhumaines."

- "connaître" c'est-à-dire avoir appris,

- "écouter" les causeries musicales par exemple,
- "exposer", le téléclub, le cinéclub lui feront exprimer sa pensée,
- "convaincre" au journal il devra convaincre tout un groupe d'accepter son article,
- "organiser" comme au téléclub où il faut choisir le programme de la semaine suivante, ou comme l'organisation des bals de pavillons.

Il est remarquable de constater l'importance que prennent ces activités pour les malades les plus atteints. Mais on sait que le "schizophrène" n'est pas de bois" (Racamier), non plus que le grand délirant, le dément sénile, le déprimé et l'arriéré profond.

Tous sont ouverts à un mode de relations interhumaines, et c'est "leur" mode de relation qu'il faut leur proposer, chaque jour, à chaque occasion, de façon à leur redonner une vie sociale active. Même pour ceux dont on sait qu'ils ne sortiront pas de l'hôpital avant de longues années.

LE QUESTIONNAIRE

INTRODUCTION

Les clubs que nous venons de décrire dans la première partie de ce travail furent créés par des membres de l'équipe médico-sociale.

Les créateurs ne furent inspirés, au départ, que par leurs goûts personnels, ceux des principaux intéressés (c'est-à-dire des malades) semblent n'avoir que peu de place dans l'ensemble des activités.

Quelques temps après, une ou plusieurs activités étant affectées à chaque jour de la semaine, il nous parut difficile d'aller plus loin : les animateurs semblaient ne plus avoir d'imagination créatrice et il paraissait malaisé de susciter de nouvelles vocations.

Dès lors le mouvement de la sociothérapie était freiné. Là comme ailleurs, s'arrêter, c'est "reculer".

Il importait donc de faire le bilan des activités déjà réalisées et de tenter de nouveaux progrès.

Le premier pas avait été fait par les promoteurs persuadés qu'ils étaient du bien-fondé de leur expérience mais ne sachant pas si, dans les détails, elle correspondait à un besoin réel ou à un désir des pensionnaires.

Il était difficile d'interroger les malades ou les infirmiers un par un, les entretiens eussent été trop courts pour leur laisser le temps de répondre avec sincérité et autrement que pour faire plaisir au médecin ou à l'animateur. Il était difficile aussi d'interroger les participants aux différents clubs, car on pouvait admettre que seuls s'y rendaient les malades intéressés. Cette forme d'interrogatoire laissait par conséquent dans l'ombre une fraction importante du service.

Le seul point admis couramment était qu'un certain nombre de pensionnaires et d'infirmiers étaient intéressés par ces activités ; on ne savait d'ailleurs pas s'ils les considéraient comme un pis-aller ou comme une formule satisfaisante.

On en vint donc à penser à l'utilisation d'un questionnaire. Cette réalisation soulevait de nombreux problèmes :

- 1 - A qui fallait-il le proposer ? ,
- 2 - Sous quelle forme pouvait-on le faire ? ,
- 3 - De quelle manière le proposer ? ,
- 4 - Comment pouvait-on l'utiliser ? .

1 - La solution de le proposer seulement aux malades n'était pas satisfaisante : elle en faisait un instrument d'investigation psychologique, elle contribuait à maintenir les deux catégories (infirmiers et malades) de public assistant aux réunions que nous souhaitions culturelles, tout au moins en partie. Ne le proposer qu'aux infirmiers se heurtait aux mêmes inconvénients.

Proposer des questionnaires différents au personnel médical et aux pensionnaires équivalait à une manière détournée de s'enfermer dans la même idée préconçue : les malades ne réagiraient pas comme les infirmiers, face à la culture populaire et aux problèmes des loisirs.

Il fallait donc utiliser le même questionnaire pour les malades et pour le personnel soignant.

- 2 - Sous quelle forme le proposer.

Etant donné la réticence des intéressés à toute forme de référendum, étant donné qu'en face d'un questionnaire émanant du médecin, ils pouvaient craindre une espèce de "viol" de la pensée, il fallait que les réponses à ces questionnaires fussent anonymes. D'autre part étant donné le niveau culturel des pensionnaires (nous voulions recueillir les réponses de tous, même de ceux de bas niveau), il fallait que les questions fussent simples et peu nombreuses.

Une formule comprenant trois questions fut élaborée. Elles étaient de plus en plus difficiles, la réponse à l'une d'entre elles, n'impliquant pas la réponse des autres. Le questionnaire fut tapé à la machine à un nombre suffisant d'exemplaires pour que tous les pensionnaires et les infirmiers puissent en disposer.

- 3 - Comment le proposer fut peut-être le problème le plus difficile à résoudre : en effet d'une part les infirmiers appréhendaient un surcroît de travail ; d'autre part il fallait vaincre la répugnance d'un certain nombre de malades à écrire quoi que ce soit (la répugnance, et pour certains même l'impossibilité).

On admit donc que l'on devait distribuer ces feuilles de questions à tout le service, mais que les infirmiers chargés de les recueillir pourraient répéter les questions et remplir les questionnaires, sous la dictée des malades.

Pour les malades incapables de réponse (ou pour ceux qui ne voulaient pas répondre) on demandait aux infirmiers d'indiquer la raison de cette incapacité ou de ce refus. C'est ainsi que figurent parmi les formule interprétées, un certain nombre de réponses d'arriérés profonds qui sont entraînés (plus qu'ils ne viennent à assister) aux activités du pavillon dit de transit.

Nous sommes conscients de l'aspect rudimentaire donné à cette forme de questionnaire. Mais le problème pour nous, était de savoir si la ligne générale de notre travail était orientée dans le sens qui convenait le mieux au public auquel nous nous adressions, ou bien si nous faisions fausse route, et dans ce cas il nous aurait fallu revenir à des thérapeutiques biologiques isolées d'un contexte psychosociologique.

4 - L'utilisation du questionnaire posait apparemment moins de problème.

En effet, la plus évidente des utilisations était d'en tirer les conséquences de notre action passée et d'y puiser des idées pour la création de nouveaux clubs, selon les désirs des participants.

Nous verrons que la conduite à tenir n'a pas été aussi simple que nous l'envisagions au premier abord.

Nous avons cependant dû écarter quelques utilisations possibles ; nous aurions pu tenter d'établir une nouvelle classification, un nouvel "étiquetage" des malades en face des activités sociothérapiques, mais le questionnaire était anonyme.

Nous aurions pu tenter de l'utiliser pour ou contre certains membres du service, en classant les réponses pavillon par pavillon. On aurait pu dégager ainsi l'influence bonne ou mauvaise de certains infirmiers ou leaders sur les autres pensionnaires.

En fait nous n'avons pas voulu esquisser de tels classements, sachant le côté artificiel de tous ces "seriages". De plus l'optique du service est au contraire de favoriser l'égalité des pavillons d'agités, d'arriérés, de travailleurs, etc...

Les trois questions posées étaient :

- Allez-vous au pavillon de transit pourquoi ? ,

- Classez par ordre de préférence les activités du transit,
- Quelles sont les activités que vous aimeriez voir créer au transit ?.

Nous avons donc fait précéder les questions principales 2 et 3 d'une question préparatoire (Allez-vous au transit et pourquoi ?). Ceci nous permettait de savoir dans quelles proportions malades et infirmiers se rendaient aux diverses activités, sans raison précise, ou bien simplement pour l'ambiance générale.

- RESULTATS GLOBAUX -

Nous avons recueilli sur un effectif total de 90 infirmiers environ et 260 pensionnaires : 32 réponses d'infirmiers et 130 réponses de pensionnaires (tableau 1).

On peut s'étonner d'un aussi faible pourcentage de réponses, mais il faut tenir compte :

- de la résistance à la sociothérapie de quelques infirmiers, résistance active ayant empêché des malades de répondre (un pavillon de cinquante pensionnaires n'a fourni aucune réponse),
- de la difficulté à comprendre l'utilité d'une forme aussi anonyme d'investigation pour nombre de questionnés.

Nous allons analyser en détail toutes les réponses reçues aussi bien des infirmiers que des malades.

- ANALYSE DES REPONSES DES INFIRMIERS

Première remarque intéressante : un seul infirmier eut le courage de remettre le questionnaire non rempli, faisant comprendre ainsi que les activités sociothérapiques ne l'intéressaient pas.

Le pourcentage des réponses du personnel infirmier fut faible. Certains ne répondirent pas parce qu'ils étaient en congé légal ou de maladie ; d'autres parce qu'ils approchaient de la retraite et que la sociothérapie ne les intéressaient pas ; les derniers enfin parce qu'ils n'avaient pas encore eu le loisir d'approcher, et par conséquent de comprendre ces activités.

Peut-être enfin certains n'ont-ils pas voulu répondre en raison de la légitime suspicion qu'ils éprouvent à l'égard de ce

genre d'investigation.

- Les infirmiers ayant répondu à une seule question. -

Cinq infirmiers ont répondu à la première question "venez-vous au transit et pourquoi ?". Ils occupent tous une place à part dans l'équipe médico-sociale du service : ce sont tous des moniteurs d'ergothérapie. Détachés des activités thérapeutiques classiques, ils ont certes une formation de base identique à celle de leurs collègues des pavillons, mais sont perpétuellement à l'extérieur du circuit médical ; ils ne viennent au pavillon de transit que pour les réunions "d'ergothérapie" où ne se retrouvent que les moniteurs et les médecins.

Ils ne participent pas, en général, aux autres activités, les connaissant moins que l'ensemble du personnel. Depuis la diffusion du questionnaire, on a cependant vu un de ces moniteurs venir, avec toute son équipe aux "causeries musicales". Il faut noter que les réponses à cette question ont certainement été discutées au cours d'une réunion préalable : elles sont en effet, rédigées d'une façon stéréotypée ; quatre moniteurs ont répondu : "oui aux réunions d'ergothérapie", le cinquième : "oui, les réunions m'intéressent".

La formulation des réponses et la signature de ces cinq questionnaires ont permis de savoir quels en étaient les auteurs.

- Les infirmiers ayant répondu à deux questions -

Ils sont au nombre de dix. Ceux-là ont à peu près tous insisté sur les nécessités de leur service, en répondant qu'ils ne venaient que "quand le service le permet", "selon les possibilités du service".

Quelques uns ont fait mention de "contact pris" avec les nouvelles méthodes. Ils acceptent tous de classer les activités déjà existantes par ordre de préférence, ou bien d'en citer trois ou quatre, qu'ils préfèrent, sans classement.

Ils ne sont sans doute pas assez proches de la sociothérapie pour envisager la création de nouvelles activités.

- En fait le plus grand nombre d'infirmiers (16) a répondu aux trois questions.

Nous avons compté comme réponse positive à la troisième question "quelles sont les activités que vous aimeriez voir créer au transit ?", l'effort que représentaient des phrases du style : "je n'en vois pas pour le moment", il y eût trois réponses

de ce genre sur les seize reçues.

Cependant un assez grand nombre de nouvelles activités fût proposé ; quelques unes, depuis la clôture de ce questionnaire, ont été mises en route.

- Analyse des réponses question par question

1ère question : "Venez-vous au transit et pourquoi" ?

Nous avons dit que de nombreux infirmiers ont fait mention des nécessités du service qui les empêchent de venir aux différentes réunions aussi souvent qu'ils le souhaiteraient. La majorité a fait allusion aux "méthodes nouvelles" qui seraient employées dans ce nouveau pavillon :

- une infirmière affectée au pavillon de transit répond : "on se retrouve dans une ambiance agréable et on est en contact direct avec les malades".

- un infirmier insiste sur le fait que les activités du transit l'intéressent "à titre personnel et professionnel".

- certain par contre n'y voient qu'un intérêt professionnel : "je pense que ces activités nouvelles sont nécessaires à l'amélioration de certains malades".

- d'autres répondent : "pour le divertissement des pensionnaires", "pour le contact avec de nouvelles méthodes", "pour m'instruire", "il est toujours intéressant de s'initier et de se tenir au courant des méthodes nouvelles", "pour parfaire leur formation professionnelle".

- l'un d'entre eux émet des réserves sur l'utilité du bar.

La réponse la plus élaborée nous semble être celle d'un chef de pavillon (certains questionnaires étaient signés ce qui a permis d'identifier leurs auteurs) : "parce qu'on n'a pas l'impression d'être de service, parce que c'est le pavillon qui semble être le plus socialisé, parce que c'est un embryon de la thérapeutique future".

Il est possible que certains infirmiers aient l'impression de n'être pas "de service", car ils viennent au transit en "civil", pour participer à des débats qui n'ont apparemment rien de médical, qui sont dirigés par d'autres infirmiers plus souvent que par des médecins.

Le fait qu'il s'agisse du pavillon le plus socialisé est confirmé par la pensée d'une infirmière parlant de "contact direct" entre malades et infirmiers, malades et médecins. Tous sans blou- se, se côtoient au cours de la journée sans qu'il soit possible à une personne venue de dehors de les différencier les uns des autres.

Quant à l'état embryonnaire de la thérapeutique d'avenir, nous en sommes bien conscients, mais nous ne pensons pas qu'il soit définitif ; au contraire les méthodes utilisées sont certaine- ment destinées à croître et à prospérer encore très longtemps, avec l'aide constante du personnel médical et des pensionnaires.

2ème question : "Classez par ordre de préférence les activités du transit."

Cette question impliquant un classement, on trouvera un total général de citations supérieur au nombre de réponses re- cueillies, chaque formule comportant la citation de plusieurs ac- tivités.

Une discordance intéressante est à noter entre la fré- quence des citations et la place obtenue dans la classification par certaines activités.

En effet, on s'aperçoit que les réunions de sociothé- rapie et de séméiologie ont été citées relativement rarement, mais que, par contre, elles arrivent régulièrement premières.

En interprétant le tableau des fréquences de citation, on peut dire que les auditions musicales, directement concurren- cées par les projections de vues, ont été davantage citées parce qu'existant depuis longtemps et représentant quelque chose de plus original et de plus intéressant que des vues fixes touristiques.

Les réunions de séméiologie sont moins souvent citées que les réunions de sociothérapie, étant donné qu'elles sont de création plus récente, et n'ayant peut-être pas pénétré la conscience d'une fraction du personnel.

Le chant, peu cité, est une activité toute nouvelle et qui groupe peu de pensionnaires.

Les concours n'ont été organisés au transit qu'occasion- nellement, la majorité d'entre eux ayant encore lieu dans les pavil- lons.

Si l'on reprend les différentes activités :

1. - La Sociothérapie

On voit que la sociothérapie a été, pour la quasi totalité des infirmiers qui en ont parlé, classée première.

La même remarque est faite pour :

2. - La Séméiologie

Cette constatation est extrêmement importante car les infirmiers semblent mettre en tête des activités d'un pavillon de traitement, créé et organisé avant tout pour les malades, des activités ne s'adressant qu'au personnel. Bien sûr, il s'agit de leur avancement professionnel, du "contact" avec les méthodes nouvelles, mais il n'empêche que les malades en sont exclus.

Ils donnent l'impression de vouloir se réserver l'usage du plus moderne et du plus agréable pavillon du service.

3. - La même remarque doit être faite pour les moniteurs d'ergothérapie, qui n'ont cité que les réunions d'ergothérapie et n'ont même pas fait l'effort de classer les autres activités.

Ils n'ont vu du transit que la salle réservée aux réunions, comme si le reste n'existait pas ou était noyé dans un épais brouillard.

Cependant deux infirmiers ont tenu à classer la séméiologie et la sociothérapie à la suite des activités réservées aux malades ; cette attitude nous semble représenter une prise de conscience du rôle de l'infirmier.

Enfin quelques uns n'ont pas classé, mais cité dans un chapitre à part, des activités fermées aux malades.

4. - Disques . Les séances d'audition musicale - la plus célèbre parmi les activités proposées (mentionnée 22 fois) - ont été citées à huit reprises, en quatrième position. La moyenne du personnel les classe donc à la troisième ou quatrième place.

5. - de même le journal est cité cinq fois second, six fois quatrième. Il n'est jamais premier et jamais dernier.

Pourtant le journal est une activité qui a longtemps été la gloire de Fleury-les-Aubrais, il n'existe pas d'autre journal hebdomadaire en hôpital psychiatrique.

6. - les projections de vues ont été assez souvent citées.

Le large étalement des suffrages témoigne à la fois de

leur succès et aussi de leur relative facilité de compréhension. En effet, si le maximum des suffrages se trouve être en classe 3, les projections de vues sont aussi citées trois fois premières, trois fois deuxièmes et trois fois quatrièmes.

7. - un cas intéressant est celui du Ciné-Club.

Les suffrages le concernant se regroupent autour des deux pôles de la courbe de répartition. Ces résultats semblent pouvoir se rapprocher des constatations suivantes :

- d'une part, le Ciné-Club apparaît, de prime abord, moins séduisant que d'autres activités : l'analyse d'un film nécessite en effet un effort soutenu.

- d'autre part, nous avons déjà indiqué dans notre première partie, que nous avons été amenés à endiguer le verbiage de quelques malades "beaux parleurs" qui centralisaient l'attention sur eux.

- en troisième lieu, le public, comme nous nous y attendions et comme nous le souhaitions, puisque c'est la première des activités à effectif réduit que nous avons créée, y est restreint (une douzaine de personnes).

C'est une activité extrêmement discutée par les infirmiers. C'est la seule représentant une telle anomalie dans les suffrages ; ce qui la rend la plus intéressante car la plus discutée, donc la plus dynamique.

8. - le Foyer a été cité quatre fois, et classé trois fois premier. Nous avons vu que des réserves ont été émises, lors de la réponse à la première question.

9. - la Danse a été citée assez fréquemment, mais presque constamment sans être classée, comme s'il s'agissait d'une activité à part. Peut-être parce que la seule activité dont l'aspect culturel et éducatif n'est pas évident au premier abord.

10. - le chant et les concours ont été trop peu cités pour que les résultats obtenus à leur propos interprétables.

- Un certain nombre d'infirmiers ont refusé de répondre à cette seconde question, en écrivant par exemple : "je ne peux pas les classer, nos malades ne pouvant assister à toutes les occupations ou loisirs".

- Un autre ajoute à la fin d'un classement : "pour moi, elles ont toutes autant de valeur".

- Un autre encore : "même intérêt professionnel et culturel pour toutes les activités actuelles, toutes pleines de richesses culturelles pour tous".

C'est ce "pour tous", qui est intéressant : il correspond exactement au but que nous nous étions fixés au départ.

Par contre, un reproche nous a été fait à propos des réunions : un infirmier a écrit qu'elles étaient "toutes bonnes dans l'ensemble", bien que ne réunissant pas à son avis, un nombre assez important de pensionnaires. On peut répondre que si l'on additionne le nombre des pensionnaires qui participent, en une semaine à une ou plusieurs activités, le total atteint est extrêmement important, certainement supérieur à la centaine de réponses obtenues. Nous savons bien que la gamme des activités n'est pas encore assez vaste pour que, chaque jour régulièrement, un grand nombre de pensionnaires soient attiré par les différentes activités.

- Réponse à la troisième question "quelles sont les activités que vous aimeriez voir créer au transit ?".

Il y a eu seize réponses à cette troisième question concernant les activités nouvelles. Quelques infirmiers s'étaient contenté de dire qu'ils ne trouvaient pas d'activités à créer.

Ont été demandés le plus souvent :

- un atelier de peinture et de dessin (7 fois), ce qui représente le maximum.
- un photo-club, et
- un télé club.

Ces trois clubs ont été créés depuis. Par contre certaines autres demandes, pourtant extrêmement valables, n'ont pu être réalisées jusqu'à présent.

Les infirmiers ont également préconisé :

- des réunions de pensionnaires en instance de départ.
- des réunions d'anciens malades, comme si le bénéfice de la psychothérapie de groupe au cours des réunions quelles qu'elles soient, devait être poursuivi hors de l'hôpital, comme on poursuit un traitement à base de médicament, ou bien une psychothérapie individuelle dans les consultations de post-cure.

Ont été demandés aussi :

- des ateliers de modelage céramique, véritables "classiques" de l'ergothérapie.

- un centre d'apprentissage ;

- des promenades en groupe dans la forêt ;

- une piscine ;

- un golf miniature ;

- des billards (les locaux réduits du foyer rendent leur installation peu probable, d'autant plus que 2 pavillons ont déjà un billard).

D'autres infirmiers ont proposé :

- l'organisation régulière de concours tous les quinze jours.

- . Nous avons pensé que cela ne devait pas entraver la continuation des concours pavillonnaires ;

- dans le cadre de la psychothérapie de groupe, on a demandé des "sujets de discussion orientée sur un thème", plus vaste que les films, les émissions etc...

- enfin on a suggéré des cours pour analphabète, sur le modèle de ceux déjà entrepris dans un pavillon.

En résumé, les infirmiers ont donc :

- marqué la prévalence d'un certain nombre d'activités les concernant (sociothérapie, séméiologie, ergothérapie),

- demandé des réunions de technique thérapeutique (anciens malades, pensionnaires en instance de départ) ;

- noté le succès des réunions culturelles faciles (musique, journal maintenant bien rôdé, projections de vues etc...) ;

- réclamé des activités distractives et manuelles plus que culturelles (concours, photo club, modelage, promenades, etc.

- ont enfin discuté les activités les plus difficiles et essentiellement le ciné-club.

Nous allons voir que les résultats donnés par les questionnaires des pensionnaires sont assez différents ce qui confirme que les infirmiers "scrutateurs" pourrait-on dire, n'ont pas cherché à influencer les pensionnaires et ont retransmis les réponses telles qu'elles leur étaient données.

- ANALYSE DES REPONSES DES PENSIONNAIRES

=====

Nous allons constater que les réponses des pensionnaires sont assez différentes des réponses des infirmiers.

Nous avons pu recueillir 130 réponses dans un service de 260 malades, ce qui représente un pourcentage nettement supérieur à celui obtenu parmi les infirmiers.

Cependant la fréquence des réponses aux trois questions a été nettement inférieure à la fréquence des trois réponses chez les infirmiers.

Nous avons dû écarter des questionnaires ininterprétables : dix sept pensionnaires d'un pavillon en comportant quatre vingt, ont répondu : "oui, oui, oui" aux questions : il était évidemment impossible d'utiliser ces réponses.

Six pensionnaires d'un pavillon d'entrants ont fait rédiger par l'un d'entre eux une formule stéréotypée que nous avons compté comme une seule réponse (au lieu de six).

- Pensionnaires n'ayant répondu à aucune question

Nous considérons comme nulles les réponses d'arriérés, pour lesquelles les infirmiers ont mentionné qu'ils étaient amenés à certaines activités.

Parmi les réponses nulles, figurent aussi bien entendu les réponses ininterprétables des 17 malades qui ont voté "oui, oui, oui," et des 5 malades trop paresseux pour rédiger eux-mêmes leur feuille.

Dans ces réponses, nous faisons entrer celles de quelques malades trop récemment arrivés pour pouvoir connaître les activités du transit.

- Les pensionnaires qui n'ont répondu d'une fois

Ont répondu une seule fois, les pensionnaires qui ne vont au pavillon de transit que pour une seule activité, en particulier ceux qui ne vont qu'à l'atelier de vannerie. (Les infirmiers ont souvent inscrit le nom du malade lors du recueillement des questionnaires, bien que nous ne l'ayons pas demandé).

Cet atelier de niveau assez bas, a été "rapatrié" d'un pavillon en voie de réfection. Il draine des pensionnaires qui ne s'intéressent pas à grand'chose.

Ont répondu une seule fois aussi quelques malades peu habitués à sortir du pavillon, vieux pensionnaires asilisés.

Parmi les réponses à une seule question, nous citons maintenant une réponse à la troisième question, demandant un "cours pour apprendre à lire aux analphabètes" ; aussi quelques réponses à la seconde question seulement (ce qui à priori pourrait impliquer une réponse à la première question, bien que la première ligne soit restée blanche).

- Pensionnaires ayant répondu deux et trois fois.

Ont répondu et trois fois 63 malades dont nous allons retrouver les réponses plus loin.

Ces 63 malades représentent la fraction active de la population du service : soit environ la moitié de ceux que la socio-thérapie intéresse assez pour qu'ils répondent au questionnaire, c'est-à-dire du quart du service. Un quart de population active présente un pourcentage important par rapport à une population normale.

- Analyse des réponses question par question.

=====

1ère question (Venez-vous au transit et pourquoi ?)

Il faut noter qu'un certain nombre de pensionnaires ont répondu : "oui ... aux vues et aux disques", par exemple, citant donc d'emblée quelques activités, ce qui implique que leur fréquence de citation est plus forte que ne l'indique le tableau de classement .

D'autres ont dit qu'ils ne venaient au transit que pour le sport : en fait le transit ne sert que de vestiaire avant et après les sports.

Il est curieux de constater que quelques pensionnaires ont cru, dès cette première question, pouvoir profiter du questionnaire pour exhaler une certaine hostilité vis-à-vis des soignants.

L'un d'eux écrit : "je viens pas parce que je suis dangereux et je suis trop fou, et que le docteur ne veut pas que je sorte par ordre de la préfecture".

Un autre réclame une augmentation de son pécule : "j'y allais pour le sport, mais je n'y vais plus parce que je n'ai jamais touché de pécule, alors que les autres touchent 50 F par jour", etc...

Nous avons déjà parlé des malades qui ne viennent au transit que pour y travailler. D'autres vont au transit avec plaisir : "pour passer le temps et pour m'y distraire", pour prendre une consommation au bar", "je viens avec ma femme prendre une consommation."

Les handicapés physiques regrettent de ne pouvoir se rendre ici comme ils l'aimeraient : "non, car je ne peux comprendre la parole, les oreilles me tintent très fort à cause de mon trépan", écrit un sourd.

Enfin, bien que certains refusent encore de venir : "jusqu'à la gratuité complète du bar", des réponses constructives sont enregistrées. Le transit n'est pas un pavillon comme les autres, on y vient "pour y chercher une autre ambiance que celle du pavillon" ; "pour ses activités qui, me remplaçant dans une vie normale évitent de me replier sur moi-même" ; "nous venons au transit pour y trouver l'ambiance d'un foyer, d'un centre où les loisirs sont organisés", "où pour se retrouver dans un milieu normal, sympathique voire réconfortant".

Donc, le transit est "différent" : nous avons vu que les infirmiers y viennent sans blouse, pour se sentir "tout neufs" au contact de méthodes modernes de traitement ; les malades eux, y viennent pour se sentir normaux, pour ne plus être "aliénés", moralement internés.

Bien entendu il y a toujours les revendicateurs : "j'y suis allé pour documentaire, j'ai trouvé le lieu sans intérêt pour un malade, car le chef infirmier semble les ignorer".

Pourtant d'autres y "trouvent" des responsabilités qu'ils n'avaient pas jusqu'alors : "l'un d'eux y vient pour parler des sujets qui intéressent tous les pensionnaires".

Donc, de ces réponses se dégage le fait que l'on vient au transit, pour non seulement se distraire, pour "rechercher la tranquillité et le calme", mais aussi pour s'y sentir entouré et on peut même dire pour s'y sentir enfin soigné.

2ème question : Classez par ordre de préférence les activités du transit.

Contrairement à ce qui s'est passé chez les infirmiers la fréquence de classement correspond schématiquement à la fréquence des citations.

Les causeries musicales sont classées et citées premières avant les projections de vues, le ciné club et la danse.

Les projections de vues recueillent, là aussi, des suffrages extrêmement dispersés. Elles sont même une fois classées septième, soit en dernière position.

Une différence notable entre les réponses des malades et celles des infirmiers réside dans le classement donné au ciné-club : il est très bien coté par les malades, venant immédiatement après la musique dans la classe I, alors que c'est une activité à faible participation et dont nous avons vu qu'elle est très discutée par les infirmiers. Cette différence s'explique probablement par le fait que la discussion est principalement animée par les malades.

La danse a un succès qui n'a rien d'étonnant.

Par contre, nous avons été surpris par la place relativement modeste occupée par les réunions du comité de rédaction du journal. Il semble que si les pensionnaires ont du plaisir à discuter des problèmes, ils soient effrayés par la perspective de devoir rédiger des articles.

Sont citées des activités que nous ne songions pas à faire entrer dans le cadre de l'organisation des loisirs : la télévision (ce n'est pas du téléclub qu'il s'agit), le ping-pong, la belote et le baby-foot.

A cette énumération, il convient d'ajouter le calme et la tranquillité cités par quelques pensionnaires.

3ème question (quelles sont les activités que vous aimerez voir créer au transit).

La dispersion des réponses ne permet pas de découvrir une tendance générale, réclamant telle ou telle nouveauté.

De nombreux malades ne savent pas quoi demander l'un d'eux écrit même "pour l'instant nous sommes comblés".

Cependant les activités les plus souvent souhaitées sont :

- un téléclub et un radio club (qui ont été mis sur pied depuis la clôture du questionnaire),
- un billard (nous avons déjà vu qu'il était difficile d'envisager l'installation d'un billard dans ce pavillon),
- des clubs de bridge et de belotte qui pourraient assez facilement être organisés,
- de même des réunions où l'on pourrait interpréter ou improviser des saynètes (sans aller jusqu'à répondre aux vœux de ceux qui voudraient créer un groupe théâtral),

- il a été demandé une seule fois des marionnettes, une piscine, une école de judo, un juke-box, des cours pour analphabète, du travail, des bals, un club d'échecs.

C'est dire la variété des demandes, et la difficulté de tenir compte de ces désirs. Comment en effet organiser un nouveau club pour un seul malade ?

En résumé, les réponses des malades forment un ensemble relativement homogène : il existe une concordance entre le classement des activités et la fréquence des citations (au moins les activités assez souvent citées pour permettre l'interprétation des comparaisons).

Néanmoins les réponses à la troisième question font apparaître, soit une absence de tout désir d'amélioration, soit une dispersion de ces désirs. Les pensionnaires de l'hôpital psychiatrique ont une habitude d'irresponsabilité telle qu'il leur est difficile de décider de l'orientation d'un club.

Ils semblent sentir, cependant peut-être un peu confusément encore, qu'ils ont enfin le moyen de s'exprimer, qu'on leur demande leur avis : c'est ce qui explique le pourcentage, à nos yeux important, de réponses (50 %), étant donné qu'ils ne s'agissait en aucun cas de réponses forcées, et que les malades chroniques n'ont guère l'habitude de coopérer avec les médecins pour l'amélioration de leur sort. Ils acceptent maintenant de donner leur avis, mais ils n'acceptent pas encore de créer quelques chose.

On peut espérer que ce désir créateur va progressivement augmenter : au cours de diverses réunions, nous voyons les pensionnaires modifier l'orientation que nous avions donnée, et infléchir le déroulement de ces clubs.

ooooOoooo

NOMBRE DE REPONSES (Infirmiers) 32 / 35, 5%

	0	1	2	3
1	5	10	16	50%
	3, 1%	15, 6%	31, 2%	

NOMBRE DE REPONSES (Malades) 130 / 50%

	0	1	2	3
37	30	25	38	29, 2
	28, 5%	23, 1%	19, 2	

CLASSEMENT DES REPONSES (Malades)

	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL des CHOIX (T)	INDICE Pondéré (T.P.)	INDICE T.P. N
DISQUES	11	3	4	2	1	-	-	-	27	243	1,86
T.V.	2	2	1	2	1	1	-	-	9	71	0,54
CINE CLUB	9	5	2	2	1	2	-	-	21	181	1,39
BAR	3	2	3	1	-	-	-	-	9	79	0,67
DANSE	7	2	4	3	1	-	-	-	17	147	1,12
CHANT	2	1	1	-	1	-	-	-	5	43	0,32
PING PONG	1	-	1	2	1	-	-	-	5	38	0,27
BELOTE	4	N	1	-	1	-	-	-	6	54	0,41
PROJECTIONS	3	7	3	2	3	-	1	-	19	153	1,17
JOURNAL	4	1	1	2	1	1	-	-	10	82	0,63
BABY FOOT	1	-	-	-	-	-	-	-	1	10	0,07

FREQUENCE DE CITATION (Infirmiers)

Disques	22 fois	sur 32 réponses
Journal	19 fois	
Ciné-Club	19 fois	
Projections	16 fois	
Sociothérapie	15 fois	
Danse	11 fois	
Sémeiologie	9 fois	
Ergothérapie	5 fois	
Foyer	4 fois	
Concours		
Chant	1 fois	

CLASSEMENT DES REPONSES (Infirmiers)

	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL des Choix (T)	TOTAL Pondéré (T.P.)	INDICE T.P. N
SOCIOTHERAPIE	8	2	1	1	2	6.	-	-	19	131	4,09
ERGOTHERAPIE	2	2	1	-	-	-	-	-	5	46	1,43
SEMEIOLOGIE	5	-	-	-	1	1.	2.	-	9	69	2,15
DISQUES	1	5	5	8	2	1	-	-	22	168	5,25
JOURNAL	-	5	3	6	3	2	-	-	19	139	4,34
CINE CLUB	2	4	5	2	5	1	-	-	19	145	4,53
PROJECTION	3	3	5	3	2	-	-	-	16	130	4,06
DANSE	1	1	1	1	2	3	1	1	11	63	1,96
FOYER	3	1	-	-	-	-	-	-	4	39	1,2
CONCOURS	-	-	-	-	-	-	1	-	1	4	0,12
CHANT	-	-	-	-	-	-	1	-	1	4	0,12

• Nous avons classé ici les réponses des infirmiers qui ont placé la sociothérapie à part, après les autres réponses:

FREQUENCE DE CITATION (Malades)

Disques	33	(Infirmiers 1er)
Vues	30	(Infirmiers 4ème)
Ciné-Club	/ 18	(Infirmiers 2 ème)
Danse		(Infirmiers 6ème)
Calme	14	(Infirmiers non cité)
Bar	13	(Infirmiers 9ème)
T. V.	/ 10	(Infirmiers non cité)
Journal		(Infirmiers 2ème)
Belotte	8	(Infirmiers non cité)
Ping Pong	/ 5	(Infirmiers non cité)
Chant		(Infirmiers 10ème)
Ateliers	4	(Infirmiers non cité)
Baby Foot	2	(Infirmiers non cité)
Sociothérapie	0	(Infirmiers 5ème)
Sémiologie	0	(Infirmiers 7ème)

CONCLUSIONS

On pouvait interpréter les résultats du questionnaire de deux manières diamétralement opposées, mais aussi simplistes l'une que l'autre.

- la première : nous avons travaillé le bon sens ; et, au moins autant que les activités le cadre que nous avons proposé au personnel et aux malades était accepté par tous.

- la seconde : nous avons eu tort au contraire, de vouloir leur proposer les mêmes activités, nous avons eu tort de faire un seul questionnaire, et les réponses opposées des malades et des infirmiers signifiaient soit qu'il s'agissait vraiment de deux catégories différentes, et que toute tentative de coopération entre elles était impossible, soit encore que les infirmiers ne pouvaient concevoir leur travail en y introduisant des actes habituellement rapportées aux loisirs.

En fait, il importe de regrouper les résultats activité par activité, et de comprendre pourquoi les avis des infirmiers ne concordent pas toujours avec ceux des malades.

Nous avons misé juste en ce qui concerne les activités réunissant de nombreux participants (surtout les causeries musicales). Ainsi se confirme l'importance de la musique dans le traitement des maladies mentales d'une part, et dans la vie quotidienne d'autre part. Il suffit de se reporter à toutes les tentatives de "musicothérapie" réalisées depuis la plus haute antiquité, pour n'en être pas surpris. Et de plus nous n'avons pas tenu compte des réponses qu'auraient pu fournir les pensionnaires femmes, classiquement plus sensibles à la musique que les hommes. On peut penser qu'un effort fait dans ce domaine à un échelon plus vaste, national par exemple, donnerait des résultats heureux. Tout le monde peut être touché par la musique mais les conditions de vie sont telles que rares sont ceux qui s'y intéressent vraiment.

Un point de contact entre les deux séries de résultats a été ce besoin "d'apprendre", et d'apprendre utilement.

En découvrant les techniques sociothérapiques, les méthodes de traitement, la séméiologie, les infirmiers ont non seu-

lement l'impression de perfectionner leurs méthodes de travail mais aussi de se cultiver ; les sujets abordés étaient variés et souvent éloignés de leurs préoccupations quotidiennes.

En apprenant à écouter la musique les malades eux-mêmes, progressent, ont l'impression de changer de classe sociale, de se rapprocher du mode de vie "bourgeois", qu'ils envient.

Nous avons aussi proposé, plutôt que des cours de pétrochimie ou de physique nucléaire dans ce service à recrutement essentiellement rural, de véritables cours d'arboriculture fruitière qui ont eu un certain succès.

Les divergences, plus superficielles que profondes qui apparaissent dans les résultats du questionnaire, permettent d'envisager les extensions possibles de ces méthodes d'Hygiène Mentale à d'autres collectivités. En effet, il s'agit là non pas tant de traitement de maladie mentale que d'Hygiène Mentale proprement dite. A moins que l'on admette la notion de maladie de la société, et que l'inculture de la plus grande partie de ses membres ne soit une de ces maladies sociales.

Il s'agit donc d'Hygiène Mentale : on ne traite pas les infirmiers ; pour les malades dès le stade hospitalier psychiatrique, l'organisation des loisirs représente la base, le soubassement nécessaire de toute hygiène mentale réelle, s'appuyant dans ce cas, sur l'arsenal médical classique, dont l'importance est, bien sûr de première grandeur.

Nous avons laissé entendre que la voie de la culture populaire passait par l'avancement professionnel. Encore faut-il que la fréquentation de ces cours soit librement consentie : les cours de séméiologie par exemple ne font pas concurrence aux cours obligatoires de formation des infirmiers. Il s'agit pour nous de ne pas laisser l'esprit s'engourdir, de le tenir en éveil, au courant de tout ce qui intéresse la profession.

Cette libre fréquentation est illustrée ici par le fait suivant : au début de ces réunions de séméiologie, pour faire plaisir aux organisateurs, chaque pavillon y envoyait un infirmier, en général le plus jeune, probablement désigné d'office. Devant l'intérêt soulevé par les discussions, y sont venus deux, trois infirmiers par pavillon, certains venant même quand ils n'étaient pas de service.

Il n'est plus étonnant actuellement d'y voir ensemble trois ou quatre chefs de pavillon. L'intérêt culturel étant partiellement comblé par ces réunions "techniques", il leur apparaît comme secondaire de venir aux réunions de culture générale, dont ils discutent alors l'utilité.

Par contre pour les pensionnaires, ces réunions de culture générale sont fatalement mieux classées, dans la mesure où n'existent pas (pour eux) ou peu de réunions de formation professionnelle.

On peut admettre que le niveau culturel moyen des infirmiers n'est guère plus élevé que le niveau culturel moyen des malades, abstraction faite des malades chroniquement asilisés.

Si nous avons voulu créer des activités susceptibles d'intéresser à la fois malades et infirmiers, ce n'était donc pas pour faire un nivellement par le bas, une "basiculture", sans grand intérêt, mais plutôt parce que le recrutement s'effectuait sensiblement dans les mêmes couches sociales.

Et surtout nous pensions que l'urgence et l'importance des besoins culturels nous imposait un programme ayant une audience maximum où nous aurions pu agir en profondeur.

Il n'était plus, dès lors, possible pour nous de limiter notre action dans une direction où nous aurions pu agir en profondeur, mais d'attirer à la culture populaire le plus possible d'individus, quelle que soit leur place et leur rôle dans le service.

Bien entendu, dans un second temps, et à partir de cette expérience, il nous faut envisager, en se servant de ces individus comme premier relais, une extension de nos tentatives d'organisation des loisirs dans tout le secteur dont l'Hygiène Mentale nous a été confiée.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

HISTOIRE

- 1 - Sur les origines historiques du travail des malades dans les
asiles d'aliénés-
Calvet-thèse-Paris 1952.
- 2 - Etude de la psychiatrie des anciens-
F. Falck-AMP 1869 page 331.
- 3 - La médecine mentale à travers les siècles-
Ball-AMP Tome 3-Janvier 1880 page 1.
- 4 - L'assistance aux aliénés chez les arabes-
Desruelles-Bersot-AMP Tome 2- 1938 page 689.
- 5 - Histoire du traitement de la mélancolie des origines à nos
jours-
Starobinski-Acta Psychosomatica n° 3
- 6 - Evolution des thérapeutiques de réadaptation à l'Hôpital
psychiatrique de Lannemezan-Simeon-Thèse Bordeaux 1962.

GENERALITES

- 7 - Les fondements de la sociométrie-
MORENO-P.U.F.- Paris 1954
- 8 - Remarques sur la sociothérapie Française-CARP Acta Psychotherapeutica-1954-1 n°3 page 281
- 9 - A propos de la sociothérapie-
DAUMEZON-Rév. Prat. Psychiatrie et vie sociale
1957 n° 1
- 10 - Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique
CHANOIT-Thèse Paris 1955.
- 11 - Les psychothérapies de groupe-DIATKINE-KESTENBERG
LEBOVICI-EMC- Psychiatrie III- 37 .817/A10 février 1955
- 12 - Introduction à une psychopathologie sociale-
LE GUILLANT Evolution Psychiatrique 1954 n° 1
- 13 - Introduction à une sociothérapie des schizophrènes internés
RACAMIER-Evolution Psychiatrique 1957 n°1
- 14 - de l'organisation et de l'administration des établissements
d'aliénés-AMP T. 1843 page 230.
- 15 - Notice sur l'asile d'aliénés d'Utrecht AMP T2 1843 page 330
- 16 - Asile des aliénés de Rouen-Rapport 1842 -
PARCHAPPE AMP-T 3 1844 page 134.
- 17 - La théorie du traitement moral est-elle possible-
LASEGUE-AMP T 7 1846 page 388.
- 18 - Compte moral du quartier des aliénés de l'hospice général
de Nantes (1846)-
BOUCHET-AMP T 8 1846 page 395.

- 19 - De l'asile des aliénés de Williamsburg-
BONNET-AMP T 8 1862 page 55.
- 20 - Une visite à la colonie de Gheel-
DUMESNIL-AMP T 8 1962 page 447.
- 21 - Sur les principes et la pratique du traitement des aliénés
par le système appelé en Angleterre "no restraint"
SANKEY AMP T 8 1862 page 577.
- 22 - L'asile d'aliénés de Naugeat-
FOUGERES-AMP T 9 1967 page 246.
- 23 - Rapport général sur le service des aliénés en 1876
CONSTANS-LUNIER-DUMESNIL AMP T 2 1879
page 54.
- 24 - Asiles de Norvège, de Suède et de Danemark-
BOUBILA AMP T 12 1884 page 235.
- 25 - Considérations générales sur le traitement des aliénés
CAMPBELL AMP T 9 1889 page 381.
- 26 - Lanouvelle hospitalisation des aliénés -
MARANDON de MONTYEL-AMP T 3 1896 page 60
- 27 - Le régime de la vie normale à l'hôpital psychiatrique du
Var-
BELLETRUD-AMP T 8 1908 page 127.
- 28 - Notes de psychothérapie BRAVO y MERENO-Archivos de
psiquiatria et criminalogie-mai juin 1908.
- 29 - Occupational and Industrial therapy-how can this important
branch of treatment of our mentally ill be extended and im-
proved-
BRIGGS-The american journal of Insanity (janvier
1918)
- 30 - Assistance des aliénés des aliénés aux Etats-Unis d'Amérique
PARANT AMP T 8 1917 page 47
- 31 - Educational principes in occupationnal therapy -
VAN DER SCHERR-The journal of mental Sciences
T 80 n° 331 octobre 1934 page 650.
- 32 - The occupationnal therapy programme in the state of New
York-
SLAGLE-The Journal of Mental Sciences T 80
n° 331 octobre 1934 page 639.

IV

- 33 - Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés-
CHANES et VIE - Ste Médico-Psychologique
(23 octobre 1944) in AMP T 2 1944 page 439.
- 34 - Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique -
SIVADON Ste médico-psychologique (27 janvier
1947) in AMP T. 1947 page 192.
- 35 - La vie sociale des malades à l'hôpital psychiatrique
(MASSON) Ste Médico Psychologique (23 février
1948) AMP T. 1948 page 312
- 36 - Le CTRS de Ville Evrard
SIVADON Ste médico psycholigique (24 janvier
1949) AMP T. 1949 page 166
- 37 - Le CTRS de ville Evrard-
SIDAVON AMP T 2 n°3 1952
- 38 - Etalons de l'American psychiatric Association pour les hô-
pitaux psychiatriques Inf. Psy. n° 9 juin 1946 page 175
- 39 - Un voyage d'étude dans les hôpitaux psychiatriques de Hol-
lande
KOECHLIN-MORLON - inf; Psy. n°6 juillet 1951
page 169.
- 40 - La circulaire n°148-Inf. Psy. n° 10 décembre 1952 page 309
- 41 - Organisation et utilisation d'un service de thérapie occupa-
tionnelle dans une clinique psychiatrique
SOMMER inf. Psy n° 2 février 1954 page 61
- 42 - Réadaptation des malades hôpitaux psychiatriques
UERBERSCHLAG-Inf. Psy. n°3 mars 1954 pa-
ge 98.
- 43 - Guide de l'estimation de la valeur du traitement dans un
hôpital psychiatrique public (questions 167 à 183) inf. Psy.
n° 3 mars 1954 page 102.
- 44 - L'hôpital psychiatrique public-Rapport de l'OMS Inf. Psy.
n° 7 juillet 1954 page 238.
- 45 - La social thérapy dans un service d'hommes musulmans
FANON et AZOULAY Inf. Psy. n°9 octobre-
novembre 1954 page 349

- 46 - Les problèmes médico-administratifs soulevés par la pratique de l'ergothérapie et de la sociothérapie
TOSQUELLES-MILLON FARGOT-Inf. Psy. n°2
février 1955 page 79
- 47 - Aspect des activités de groupe à l'hôpital psychiatrique de Cadillac-
FERNANDEZ-HAZERA- Le GONDEC-Inf. Psy.
n°5 mai 1956 page 248.
- 48 - La notion de néo-sociabilité des aliénés -
DELAGÉ-Thèse Paris 1940.
- 49 - Formes de vie sociale et cheminement psychothérapique
FERNANDEZ -ZOILA Inf.psy. n° 10 décembre
1957 page 591
- 50 - Essai de traitement collectif d'un quartier d'agités-
PAUMELLE Thèse Paris 1952.
- 51 - La culture populaire en France-
CHARPENTREAU et KAES (Editions Ouvrières-
Paris 1962)
- 52 - Les loisirs - Revue Esprit juin 1959
- 53 - Symposium sur la psychothérapie collective. Evol. Psychiatrique 1952 n°3
- 121 - Sociologie de la récréation - Cours de J. STOETZEL
Fac. des lettres de Bordeaux - 1953-1954).
- 122 - Vers une civilisation du loisir
DUMAZEDIER Ed. Esprit 1962.

ERGOTHERAPIE - TRAVAIL DES ALIENES

- 54 - Lettre médicale sur la colonie de Gheel -
MOREAU de TOURS - AMP T. S. 1845 page 92
- 55 - Aktievere krankandekanburg un der Irrenanstalt
H. SIMON (Berlin) 1929
- 56 - Du travail appliqué aux aliénés BOUCHET AMP 1848 page
301.
- 57 - Colonie de St Luc AUZOUY - AMP T 2 1863 page 64
- 58 - De l'Asile médicoagricole de Leyne
BONNEFOUS AMP T 2 1863 page 353
- 59 - Des fermes-asiles ou de la colonisation des aliénés
AUZOUY AMP T 4 1864 page 407
- 60 - De l'Asile St. Luc AUZOUY AMP T 2 1869 page 27
- 61 - Rapport sur le service médical de l'Asile public d'aliénés de
Bailleul (1870)
DE LAMAESTRE AMP T 5 1871 page 345
- 62 - Le travail et le traitement de la folie
WARDNER aliénést and Neurologist avril 1888 n°7
- 63 - Le travail extérieur comme agent curateur de l'ariération
mentale ;
LLOYD FRANCIS - The journal of Mental Sciences
octobre 1887.
- 64 - Réadaptation sociale des aliénés par le travail thérapeutique
MARIE et VOISIN et ...

- 65 - La question du travail dans le traitement des malades mentales
VAN DEXETER - 4ème Congrès International de l'Assistance des Aliénés (Berlin 3-7 octobre 1910 in AMP T 13 1911 page 114.
- 66 - La thérapeutique des maladies mentales par le travail
LADAME et DEMAY - Congrès des Aliénistes de langue française (aout 1962) in AMP T 2 octobre 1926 page 257
- 67 - A propos de l'ergothérapie
HALBERSTADT AMP T 1 mars 1929 page 193
- 68 - Importance de l'ergothérapie (BONFIGLIO) et...
- 69 - Importance de la thérapeutique occupationnelle pour le traitement de maladies mentales (BERINGER)
5ème réunion européenne d'Hygiène mentale (Munich aout 1938) in AMP T 2 1938 page 645.
- 70 - Le travail des malades à l'Hôpital Psychiatrique SIVADON
Inf. Psy. n°6 juillet 1951 page 157.
- 71 - idem DAUMEZON page 164
- 72 - Naissance de l'ergothérapie à l'Hôpital Psychiatrique de Montperrin
BELEY Inf. Psy. n° 6 juin 1954 page 205.
- 73 - Mise à jour bibliographique de l'ergothérapie
BALIER Inf. Psy. n°6 juin 1955 page 270
- 74 - L'organisation du travail à l'Hôpital Psychiatrique
LE GUILLANT-ACHAINTRE-JACQUELIN
Inf. Psy n°9 novembre 1956 page 604
- 75 - Critères d'efficacité du travail thérapeutique dans les collectivités psychiatriques de soin
FERNANDEZ , ZOILA - BAILLY - LEBRETON-
HUGUET. Inf. Psy. 1958 n° 6 page 587

REUNIONS-CLUBS THERAPEUTIQUES-CERCLES D'ETUDES

- 76 - Le fonctionnement thérapeutique, les clubs thérapeutiques
DAUMEZON - PAUMELLE - TOSQUELLES EMC
Psy III ; 37 930/A 20 février 1955
- 77 - Les clubs psychothérapiques - Etude médico-juridique
RAPPARD - Thèse Bordeaux 1955
- 78 - Psychopathologie et clubs psychothérapiques
RAPPARD Evol. Psychiat. avril juin 1955 n°2
page 349
- 79 - Réflexions sur une institution psychothérapeutique : le club
P. Balvet de l'Hôpital Psychiatrique de St Alban
TEFLIE Thèse Toulouse 1954
- 80 - Une expérience de psychothérapie collective à l'Hôpital Psy-
chiatrique : le cercle de malade BERNARD
Soc.médico- psychol. 27 janvier 1947 in AMP T 1 1947 n°2
page 196.
- 81 - Les clubs sociothérapiques à l'hôpital psychiatrique
SIVADON-FOLLIN-TOURNAUD - Soc médico-Psy-
chol 24 mars 1952 in AMP T 1 n° 4 1952 page 484.
- 82- A propos des réunions d'équipe et pour prendre position
BALVET Inf.psy.n°8 octobre 1949 page 270
- 83 - Les réunions de pavillon
DAUMEZON Inf.Psy.n°6 juillet 1949 page 220
- 84 - Les réunions de personnel
FOLLIN Inf.Psy. n°6 juillet 1949 page 222
- 85 - Clubs de therapic-social
J.BIERER Hygiène Mentale 1954 page 75

IX

- 86 - Eléments de l'organisation de clubs psychothérapeutiques
FOLLIN - in Raynier et Baudoin ; Assistance
psychiatrique française 1951.
- 87 - Pour une participation plus riche de l'infirmier à l'ensem-
ble psychothérapique du service psychiatrique ?
FERNANDEZ-HAZERA Inf.Psy n°9 novembre
1957 page 505.
- 88 - Auto analyse collective et sociothérapie
FERNANDEZ LEBRETON-BAILLY-HUGUET
Inf.Psy. 1958 n° 3 page 183
- 89 - Formation pratique de l'infirmier à la psychothérapie de la
vie quotidienne
BELEY Inf.Psy. 1958 n° 5 page 399
- Thérapeutic social clubs : J. BIERER
(Ed. Levis et Cie - LONDON)

SPORTS

- 90 - De l'éducation physique comme moyen d'améliorer l'état mental
WEY - American journal of Insanity janvier 1891
- 91 - De l'exercice physique dans le traitement de la folie
TEMLINSON. Journal of nervous and disease
(janvier 1892)
- 92 - Le sport à l'Hôpital psychiatrique
DAUMEZON Société médico-psychol. 24 octobre
1949 in AMP T 2 n°4 1949 page 444.
- 93 - Lettre au ministre relative à l'organisation des activités
; sportives dans les Hôpitaux Psychiatriques
Inf. Psy. n°2 novembre 1946 66
- 94 - Le club sportif de l'Hôpital psychiatrique de la Sarthe
GENOUEL Inf. psy. n°7

JOURNAUX

- 95 - Recueils périodiques imprimés dans les Asiles
ANDREWS AMP T 1 1879 page 158
- 96 - De la typographie comme moyen d'occuper les aliénés AMP
T 12 1 900 page 353.
- 97 - Le journal de l'Hôpital Psychiatrique instrument de psychothérapie collective
DAUMEZON-BENOISTON-CALVET- SCHMITS-
AMP T 2 1948 page 204

EDUCATION. TRAVAIL INTELLECTUEL

- 98 - De l'enseignement scolaire chez les aliénés
KIERNAN The Alienist and Neurologist 1886 octobre n° 14.
- 99 - Utilité du travail de la mémoire pour le traitement des aliénés
JIVENS American Journal of Insanity juillet 1887
- 100 - Distraction et travail intellectuel dans les asiles d'aliénés
VALH l'aliéniste français n°3 mars 1935 page 132
- 101 - Application à l'adulte psychopathe des techniques de rééducation active en usage pour l'enfance inadaptée
DUBLINEAU-DUBLINEAU-BOUCQUEREL

MUSIQUE

- 102 - Influence de la musique sur l'esprit
HALDER BLUMER
Américan Journal of insanity janvier 1892
- 103 - Musica mentis medicina
DUGGAN Irish journal of medical science n°99
(mars 1934) page 126
- 104 - Action de la musique chez les aliénés A. RICCI
Il Cervello novembre 1936 page 332.
- 105 - Le club d'auditeurs de disques en milieu psychiatrique
FERNANDEZ ZOILA Information psychiatrique
1958 n°1 page 38.
- 106 - Bulletin of the national association of music therapy
(Allen press - Lawrence- Kansas USA)
- 107 - L'audition musicale : expérience psychothérapique en pratique psychiatrique
FERNANDEZ ZOILA et LEBRETON Inf.Psy. 1958
n° 9 page 745.
- 108 - De la musique dans les asiles d'aliénés
BRIERRE de BOISMONT AMP 1860 page 607
- 109 - Quelques observations relatives à l'influence qu'exerce la musique sur les aliénés
LAURENT AMP 1860 page 333.

CINEMA

- 110 - Le cinéma, activité dirigée à l'Hôpital Psychiatrique
BELEY Inf.Psy. n°9 novembre 1955 page 474.
- 111 - Cinéma et hôpital psychiatrique
BELEY Inf.Psy. n°3 mars 1956 page 130
- 112 - Le cinéma à l'hôpital psychiatrique de Cadillac
FERNANDEZ HAZERA LE GONIDEC Inf.psy.n°7
juillet 1956 page 438.
- 113 - La chronique du cinéma à l'hôpital psychiatrique
BELEY Inf.psy. n°7 juillet 1956 page 445.
- 114 - La chronique du cinéma BELEY
Inf.Psy. n°2 février 1957 page 75.

VARIETES

- 115 - Une soirée à St Robert (Le républicain de l'Isère) AMP
T 8 1882 page 521.
- 116 - Noël des aliénés à l'asile de Chalons AMP T 12 1884 page
358
- 117 - Art et littérature chez les aliénés ALES
(American journal of Insanity) AMP t 17 1903 page 290
- 118 - Les jeux en prison
BERTRAND Archivio di Antropologia criminale,
psichiatria, e medicina legale, mars 1913
- 119 - Une forme de sociothérapie : l'étude de l'alphabet Braille
et le travail de copiste bénévole FAURE,
RAPPARD Inf. Psy. n°7 juillet 1955 page 348.
- 120 - Description et application psychothérapiques de la métho-
de d'expression scénique dirigée
DELAY-STEVENIN-DARS-BENOIT
Congrès de psychiatrie et de neurologie LX session
Anvers 1962.



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS V^e

Téléphone : ODÉon 58-90